

- Det handler om at vi ikke har

■ DAG-HELGE RØNNEVIK • Utpostens redaksjon

Tromsø kommune har investert 24 millioner i «Tromsømarka-prosjektet» siden 2011. En fersk rapport anslår at kommunen sparer 10–40 millioner i året bare på helseutgifter. Prosjektet er et spennende eksempel på sektorovergripende arbeid som legger til rette for et mer aktivtetsvennlig samfunn. *Utposten* har sett litt nærmere på prosjektet fra et samfunnsmedisinsk perspektiv.

Prosjektet har pilotstatus sammen med seks andre liknende prosjekter i Miljødirektoratets nærmiljøatsing. Det framstår som et godt eksempel på hva man kan få til gjennom sektorovergripende planlegging i en kommune der den politiske viljen til å tenke langsiktig også er til stede. – Dette handler ikke om hva tiltakene koster, men om at vi ikke har råd til å la være, uttaler prosjektleder Henrik Romsås i et intervju med avisa Nordlys (1).

Folkehelsearbeid krever kompetanse, kunnskap, tålmodighet og tverrfaglig samarbeid, der målet er en samfunnsutvikling som legger til rette for god folkehelse og utjevning av sosiale ulikheter i helse. Et sentralt spørsmål i mange prioriteringsbeslutninger er hva kostnadseffektiviteten ved et nytt tiltak er sammenlignet med det

man gjør i dag. Hvordan har man så kommet fram til tallene det vises til innledningsvis? La oss se litt nærmere på hva de har fått til i Tromsø.

«En friskere, sunnere og gladere befolkning»

På Tromsø kommunes hjemmeside står det om prosjektet:

«Målet er at Tromsøs befolkning skal bli enda friskere, sunnere og gladere. Dette skal bidra til å løfte Tromsø som en attraktiv by å bo i, studere i og komme på besøk til».

I forkant av prosjektet ble følgende spørsmål stilt:

- Hvordan kan vi tilrettelegge i Tromsømarka for enda flere allsidige aktiviteter?

'FUN FACTS' TROMSØMARKAPROSJEKTET

- Investeringer for 24 millioner siden 2011
- Forankret i alle etater – trafikk, natur, miljø, helse. Ordføreren strålende fornøyd og får mye glans fra prosjektet!
- Sykehus + universitet + fylkeskommune med i styringsgruppen.
- Prosjektleder for Tromsømarkaprojektet, Henrik Romsås, ble kåret til årets tromsøværing i 2014.
- Tromsømarkaprojektet er ett av sju nasjonale pilotprosjekter i Miljødirektoratets nærmiljøatsing.
- – Dette er vår Central Park, sier Romsås!
- 600 000 passeringer i året på de to målepunktene.
- Løypenettverk knyttet til UNN (sykehus) og universitetet.
- Utendørs treningsstasjoner, tilrettelegging med veier, skilting, stier, benker, badeplasser, sandvolleyballbane m.m.
- Trykt opp 30 000 løypekart og delt ut til skoler.
- Lagt til rette for hundeeiere (satt opp hundebokser).
- Anslår 1000 biler mindre på veiene på gode dager.
- Guidede skiturer 3 x daglig om vinteren (for turister).

VINTERLØYP

DÅLVELÄHTTOKÁRTA ROMSSASUOLU -

LUFTA ER FOR ALLE - SKILØYPENE OGSÅ! HER ER NI RE

1. Vis hensyn og vær vennlig mot andre. Vær spesielt hensynfull mot skiløpere.
2. Det er høyrekjøring også i skiløypa.
3. Den som kjører nedover har forkjøringsrett, den som kommer oppover kommer nedover.
4. Den som kommer bakfra har ikke forkjøringsrett, men må gå forbi.
5. Skiløpere som er ute på treningstur har ingen særrettigheter.
6. I øvre og nedre konkurranseløype ved Tromsø skistadion gjelder det samme som i skiløypa.
7. Det er ikke god løypeskikk å gå på beina i skisporet. Fotgripet skal være på bakbeinet. Det er ikke tillatt å tråkke på beina i skisporet. Fotgripet skal være på bakbeinet. Det er ikke tillatt å tråkke på beina i skisporet. Fotgripet skal være på bakbeinet.
8. Hundeeiere må vise ekstra hensyn og ha full kontroll over hunden sin. Hundene skal være på leine og ha god lydighet. Hundene skal ikke bjeffe eller bli reddet av andre. Bruk pose og ta med posen ut av marka.
9. Et smil og et nikk gleder andre - og deg selv!



Last ned:



Løypekartet som PDF: www.tromso.kommune.no/loypekart



Opplysninger om løypeforhold: www.tromso.kommune.no/loypekart

- Hvilke grupperinger er minst fysisk aktive og hvordan kan vi involvere disse i uorganisert fysisk aktivitet i Tromsømarka?
- Hvordan sikrer vi på en best mulig måte at Tromsømarka forblir et grøntområde, også for framtidige generasjoner?
- Er det mulig å ha større differensiering i Tromsømarka for å nå et større antall mennesker, og for å sikre kvalitetene?
- Kan institusjonene som grenser inn mot marka bruke området mer bevisst?
- Kan Tromsømarka tilrettelegges i større

råd til å la være

BEKART TROMSØYA

WINTER TRAIL MAP TROMSØ ISLAND

REGLER FOR LØYPEVETT:

varsfull og oppmerksom mot barn og eldre.

er oppover må vike og gi god plass til de som

forbi på venstresiden.

eter.

er det ikke tillatt for fotgjengere eller hunder.

gjengere bes bruke den

Stakkevollan.

r hunden. Langt bånd kan være til stor



grad som kommunikasjonsåre for myke trafikanter på vei til jobb og skole? (Øke bruk, minske konflikter)

- Er det mulig, gjennom et målrettet prosjekt, å styrke friluftsbymen Tromsø?

Rapporten som har beregnet årlige besparelser på 10–40 millioner kroner heter *Økosystemtjenester fra grønstruktur i norske byer og tettsteder* (2) og er utarbeidet av Vista analyse AS og Sweco på bestilling fra Miljødirektoratet.

Slik har man regnet ut at Tromsø sparer 10–40 millioner i året:

- 2,5 kilometer strekning der løypenett er rustet opp
- To målepunkt for registrering av passerende (gående/syklister)
- Registrert 400 000 passeringer på denne strekningen i løpet av et år
- 2,5 km x 400 000 passeringer = 1 million km
- Antagelse om at 50/50 sykler eller går
- Gevinst per km noen går = 53,40 kr
- Gevinst per km noen sykler = 26,40 kr
- Regnet ut tre scenarier: 100 prosent / 50

prosent / 25 prosent av passeringene er inaktive som har blitt aktive (fordi gevinsten innkasseres kun når det er inaktive som blir aktive)

- Resultat: besparelser på mellom 10 og 40 millioner kroner i året i helsegevinst

Til grunn for tallene ligger disse nokså «tunge» dokumentene:

- 1 Statens vegvesens veileder i konsekvensanalyse (3)
- 2 Helsedirektoratets veileder *IS-1985 Økonomisk evaluering av helsetiltak* (4)



❶ Helsedirektoratets rapport *IS-1967 Kunnskapsgrunnlag fysisk rapport (5)*

På side 75 i rapporten er dette forklart slik: «I Statens vegvesens veileder i konsekvensanalyser (som inkluderer samfunnsøkonomisk analyse) har man estimert besparelser for samfunnet ved at flere går og sykler. Det er tatt utgangspunkt i reduserte helsekostnader, både såkalte realøkonomiske kostnader ved sykehusopphold og redusert produksjon ved sykdom og velferdseffekter for dem som er syke (de syke har redusert velferd utover det det koster i form av sykehusinnleggelse og redusert produksjon). Basert på tidligere studier er det beregnet at reduserte helsekostnader for gående er totalt ca. 53,40 kr/km og for syklende 26,40 kr/km. I og med at vi ikke har kunnskap om fordelingen mellom gående og syklende blant dem som passerer, antar vi halvparten av hver, og besparelsen per km gående (omfatter også skigåere)/syklende blir da ca. 40,00 kr/km».

Rammene for folkehelsearbeidet i Norge

Kunnskap om befolkningens faktiske aktivitetsnivå i Norge tilsier at 20 prosent er inaktive, 60 prosent er delvis aktive og bare 20 prosent er aktive og tilfredsstillende myndighetenes anbefalinger (5). Dette fører til sosiale ulikheter i helse, og det er bred enighet om at det trengs en politisk retningsendring for å tilrettelegge for økt fysisk aktivitet og et mer aktivitetsvennlig samfunn.

I Ottawa-charteret, som ble utarbeidet og godkjent på den første Internasjonale konferansen om helsefremming i Ottawa, Canada i 1986, understrekes det at helsefremmende arbeid har klar sammenheng med politikk, med alle samfunnsnivåer, og med lokalmiljøet rundt oss. Dette henger godt sammen med «90/10-regelen» som har blitt et velbrukt begrep i folkehelsearbeidet, og som peker på at 90 prosent av helsa vår bestemmes av faktorer som ikke har med helsevesenet å gjøre (6).

I 2012 vedtok alle de 53 medlemslandene i Europaregionen *Helse 2020* som rammeverk og strategi for en bedre og mer rettferdig fordelt helse og trivsel i regionen innen 2020. WHO's *Toronto-charter for fysisk aktivitet (2010)*, «*The Helsinki-statement on health in all policies*» (2013) og den nordiske *Trondheimserklæringen* fra 2014 (7) er også sentrale i folkehelsearbeidet og verdt å kjenne til.

De skandinaviske landene har nylig stått sammen om en felles rapport med tittel *Tackling Health Inequality Locally: the Scandinavian Experience* (8). Rapporten oppsummerer tolv konkrete anbefalinger. Anbefaling nummer fire handler om at det er økende behov for kostnadsanalyser knyttet til forebyggende og helsefremmende tiltak, og at dette kan bidra til at dette arbeidet blir mer prioritert i budsjettarbeidet. Rapporten peker også på behov for kompetanse og res-

surser i kommunene for å klare nye oppgaver og ny kommunerolle.

Tromsømarkaprojektet framstår som et godt eksempel på en sektorovergrepssatsing som er helt i tråd med disse helt sentrale teoriene innen folkehelsearbeid. Gratulerer Tromsø med flott arbeid!

Diskusjon

1) Behov for samfunnsøkonomiske analyser av folkehelseiltak

Økonomiske evalueringer av helsetiltak er etter lengtet i kommunene og kan trolig bidra til politisk vilje til å satse på tiltak der effekten ikke kan måles før etter mange år.

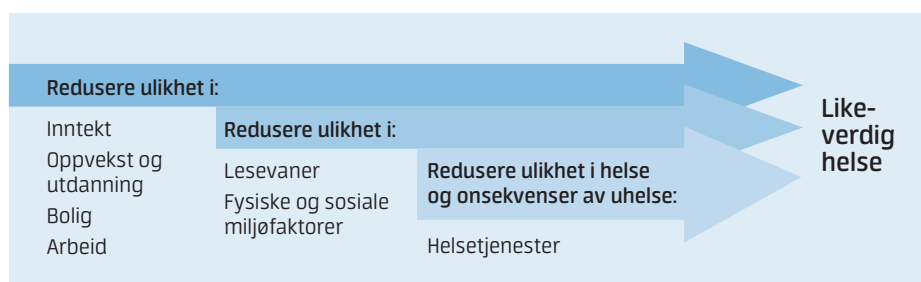
Klare tall på bordet – *dette har vi ikke råd til å la være!*

Samtidig må slike rapporter være til å stole på, og svakheter må belyses. Feks. trenger vi mer kunnskap om hvem slike tiltak treffer: Er det mange med en inaktiv livsstil som blir mer aktive, eller er det birkebeineren som øker fra fem til åtte treningsøkter i uka? Helsedirektoratet har fått i oppdrag å utarbeide verktøy for dette. Samfunnsmedisinere må forstå QALY og hvordan effekt av forebyggende og helsefremmende arbeid kan måles i penger.

SENTRALE BEGREPER I FOLKEHELSEARBEIDET

- Empowerment** – å kunne påvirke sin livssituasjon
- Satlutogenese** – læren om hva som gir god helse
- Holisme** – helhetstenking
- «Sense of coherence»** – opplevelse av sammenheng
- 90/10-regelen** – god helse skapes ikke i helsesektoren
- Ottawa-charteret (1986)**
- Trondheimserklæringen (2015)**
- QALY** = kvalitetsjusterte leveår (1 QALY = 588 000,-)

FIGUR 1. Gode turområder kan bidra til å redusere ulikheter i levevaner. KILDE: FHI, FOLKEHELSEPROFILER



OTTAWA-CHARTERET

De fem hovedstolpene i charteret er:

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



2) Samfunnsmedisinens handlingsrom i store planprosesser

Norge har en tydelig nasjonal folkehelsepolitikk, der ansvaret for gjennomføring er lagt på lokalt nivå. Kommunelegene bør være sentrale i utforming av kommunenes folkehelsearbeid, og bidra med medisinsk og samfunnsmedisinsk kompetanse. Forfatterne av boka *Helsefremmende lokalsamfunn* (9) trekker dessuten fram samhandlingskompetanse som en av fremtidens utfordringer i hele folkehelsearbeidet. Det finnes mange dyktige fagfolk som jobber med folkehelse og det som tradisjonelt har vært oppfattet som samfunnsmedisinens revir. «Samfunnsmedisin er helsefagernes bidrag i folkehelsearbeidet», sier redaktør Anders Smith i Helsesrådet. Men hvordan er samfunnsmedisinernes kunnskaps- og handlingsrom i store kommunale planprosesser?

3) Befolkningsstrategi vs. høyrisikostrategi

Det er stort fokus på individrettet sekundærforebygging (frisklivssentraler), men samtidig vet vi at befolkningsrettede (uni-

verselle) tiltak har størst effekt. Er kommunene gode nok på å ha gjennomtenkte strategier for sitt folkehelsearbeid? Riksrevisjonens undersøkelse av det offentlige folkehelsearbeidet i 2014 (10) tydet ikke på det: De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid. Kun 24 prosent av kommunene har utarbeidet oversikt over innbyggernes helsestilstand og faktorer som påvirker denne. Nær 60 prosent av kommunene har ikke drøftet folkehelseutfordringer og presentert mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplanen. Nesten halvparten av kommunene mener at levekår og sosial ulikhet er blant de største folkehelseutfordringene, men bare 15 prosent har iverksatt de fleste av sine tiltak på disse områdene.

Riksrevisjonens konklusjon var at det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet. Det er behov for en politisk retningsendring ute i kommunene for å få et mer aktivt og vennlig samfunn. Dette er kanskje lettere å oppnå når vi får klare tall på bordet?

REFERANSER

1. Saur, S., Så mange millioner er Tromsømarka verdt – hvert eneste år! *Avisa Nordlys*, 21. januar 2016.
2. Magnussen K., Reinvang R., Løset F., Økosystemtjenester fra grønstruktur i norske byer og tettsteder. Rapport fra Vista analyse, 2015.
3. Statens Vegvesen, Konsekvensanalyser – Håndbok V712. 2014.
4. Helsedirektoratet, Økonomisk evaluering av helsetiltak – en veileder (IS-1985). 2012.
5. Helsedirektoratet, IS-1967 Kunnskapsgrunnlag fysisk aktivitet. 2014.
6. Wildavsky, A., Doing better and feeling worse: the political pathology of health policy. *Dædalus*, 1977: p. 105-23.
7. Trondheimserklæringen - Rettferdig fordeling av helse og trivsel – et politisk valg!, Den nordiske folkehelsekonferansen. 2014.
8. Helsedirektoratet, Tackling Health Inequality Locally: the Scandinavian Experience. 2015, University of Copenhagen.
9. Sletteland N., Donovan R.M., Helsefremmende lokalsamfunn. 2012: Gyldendal Norsk Forlag AS.
10. Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid, dokument 3:11 (2014–2015).

