

Susanne Moen Ouff, Randi Bergem, Unni Aarflot,
Marte Hanche-Olsen (Møreforskning)
Guri-Mette Vestby, Hege Hofstad,
Marit Kristine Helgesen (NIBR)

Rapport nr. 7

Partnerskap for folkehelse og Helse i plan

Sluttrapport

Susanne Moen Ouff, Randi Bergem, Unni Aarflot,
Marte Hanche-Olsen (Møreforsking)
Guri-Mette Vestby, Hege Hofstad,
Marit Kristine Helgesen (NIBR)

Partnarskap for folkehelse og Helse i plan

Sluttrapport

Rapport nr. 7

Høgskulen i Volda Møreforsking Volda

2010

Prosjekttittel	Evaluering av Helse i Plan, Kommnehelseprofiler, Partnerskap for Folkehelse og tilskuddsordning til lavterskel fysisk aktivitet
Prosjektansvarleg	Møreforsking Volda
Prosjektleiara	Randi Bergem og Susanne Moen Ouff
Finansiering	Sosial- og Helsedirektoratet
Forfattarar	Susanne Moen Ouff, Randi Bergem, Unni Aarflot, Marte Hanche-Olsen (Møreforsking) Guri-Mette Vestby, Hege Hofstad, Marit Kristine Helgesen NIBR)
Ansvarleg utgjevar	Møreforsking Volda
ISBN	978-82-7692-306-3 (elektronisk utgåve)
ISSN	1891-5981
Distribusjon	http://www.moreforsk.no/volda.htm http://www.hivolda.no/fou

© Forfattar/Møreforsking Volda

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfattar/Møreforsking Volda er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjing berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk.

Rapport

Vitskapelege og andre faglege arbeid på høgare nivå enn notat. Både forfattar og institusjon er fagleg ansvarlege for publikasjonen. Arbeida kan vere rapportar frå prosjekt/oppdragsverksemd eller reint teoretiske arbeid av eit visst omfang. Rapportane må vere godt gjennomarbeidde med omsyn til innhald, struktur og språk og innehalde referansar. Rapportane skal vere godkjende av prosjektleiara og/eller avdelingsleiara ved MFV. Kvalitetssikringa skal utførast av ein annan enn forfattar.

FORORD

Denne sluttrapporten bygger på evaluering av to virkemidler i Helsedirektoratets folkehelsesatsing: Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Rapporten bygger også på data fra to underveisrapporter fra henholdsvis NIBR (Norsk institutt for by- og regionsforskning) og Møreforskning, publisert i 2009. Som del av oppdraget, ble også folkehelseiltakene Kommunehelseprofiler og Tilskuddsordning for lavterskel fysisk aktivitet evaluert, disse resultatene ble publisert i 2008.

Resultatene i rapporten bygger på kvantitative data, blant annet hentet fra NIBR sin survey i 2008, og på kvalitative data fra en dybdestudie blant utvalgte fylker og kommuner.

Møreforskning vil takke kommuneleger og folkehelsekoordinatorer i utvalget av kommuner og fylkeskommuner, som gjennom tre år har bidratt med tid og tanker rundt deres arbeid med Helse i plan og Partnerskap.

Vi vil også takke Roy Whitall Nordborg spesielt for hans bidrag i arbeidet med underveisrapporten av Helse i plan og Partnerskap. Hans bidrag er dels integrert i underveisrapporten, dels publisert i en selvstendig rapport fra Møreforskning: *Medvirkning i samfunnsplanlegging og helsefremmede arbeid – mellom politikk og realitet* (Nordborg 2009).

NIBR takker ansatte i kommunene som har tatt seg tid til å besvare de to spørreskjemaundersøkelsene i 2008; både ansatte med folkehelsekoordinatorfunksjon og ansatte med planfaglig ansvar. Takk også til forsker Trond Tjerbo ved NIBR som gjennomførte nye statistiske kjøring og analyser i 2009.

Takk også til Helsedirektoratet, ved Asle Moltumyr, for oppdraget og samarbeidet.

Samtidig med denne sluttrapporten, publiserer vi en oppsummerende samlerapport som omhandler tre av folkehelseiltakene: Helse i plan, Partnerskap for folkehelse og Kommunehelseprofiler. Samlerapporten bygger på rapportene som ble publisert i 2008 og 2009 (Bergem, Ouff, & Aarflot, 2008; Helgesen, Hofstad, & Vestby, 2008; Bergem, Ouff, Aarflot, & Hanche-Dalseth, 2009; Hofstad & Vestby, 2009), samt resultatene i denne sluttrapporten.

INNHold

FORORD	3
1. INNLEDNING	7
<i>Helsedirektoratet sin folkehelsesatsing.....</i>	7
<i>Nytt lovverk og reformer.....</i>	8
<i>Kommunikativ planlegging</i>	9
<i>Innhold og organisering av rapporten.....</i>	10
2. PROBLEMSTILLINGER OG DATAGRUNNLAG FOR EVALUERINGA	11
2.1. PROBLEMSTILLINGER.....	11
2.2. DATAGRUNNLAG	12
3. INNHold OG ORGANISERING AV HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE.....	15
<i>Partnerskap for folkehelse</i>	15
<i>Helse i plan.....</i>	16
4. LOKALT FOLKEHELSEARBEID; GENERELLE TREKK	18
4.1. ORGANISATORISKE TREKK OG TVERRFAGLIG SAMARBEID	18
4.2. FOLKEHELSETEMA I KOMMUNE- OG ØKONOMIPLANER	25
5. HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE	30
5.1. ORGANISERING AV HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP	30
5.2. HELSE I PLAN OG PARTNERSKAPSMODELLEN SOM VERKTØY I FOLKEHELSEARBEIDET	31
<i>Helse i plan og partnerskap vurdert som viktige verktøy.....</i>	31
5.3. AKTØRER I ARBEIDET MED HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP	36
5.4. ULIKE KOMMUNALE SEKTORER SINE ROLLER I HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP	44
<i>Den kommunale Helsetjenesten.....</i>	46
<i>Plan og teknisk</i>	47
<i>Skole og barnehage.....</i>	48
<i>Kultur.....</i>	48
<i>Politiet</i>	49
<i>NAV</i>	49
<i>Andre.....</i>	49
5.5. KOMMUNENES ARBEID MED FOLKEHELSETEMA.....	51
<i>Bakgrunnsvariable og forankring av folkehelse tema i Helse i Plan-kommunene</i>	51
<i>Eksempler på praktisk arbeid med ulike tema i folkehelsearbeidet.....</i>	56
<i>Kartlegging og bruk av folkehelse data</i>	58

6. KOMMUNELEGENES ROLLE I FOLKEHELSEARBEIDET.....	61
6.1. OM FOLKEHELSEARBEID GENERELT	61
<i>Kommunelegenes involvering i folkehelsearbeidet.....</i>	<i>61</i>
6.2. OM PARTNERSKAP OG HELSE I PLAN SOM VERKTØY.....	62
<i>Kommunelegenes rolle i helse i plan og i partnerskapsarbeidet.....</i>	<i>62</i>
<i>Kommunelegene føler at potensialet i egen rolle ikke er fullt ut realisert</i>	<i>63</i>
6.3. POTENSIAL FOR ØKT SAMHANDLING	63
6.4. BRUK AV FOLKEHELSEDATA.....	64
6.5. USIKKERHET KNYTTA TIL INNHOLDET I SAMHANDLINGSREFORMEN	64
6.6. VIKTIGE UTFORDRINGER I FOLKEHELSEARBEIDET FRAMOVER	65
7. SAMHANDLINGSREFORMEN OG OPPTRAPPINGSPLAN FOR FOLKEHELSE	67
<i>Stor usikkerhet om innhold og rollefordeling i samhandlingsreformen</i>	<i>67</i>
<i>Opptappingsplan for folkehelse?.....</i>	<i>69</i>
8. HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE; UTFORDRINGER OG MULIGHETER	71
8.1. OPPLEVDE EFFEKTER AV ARBEIDET MED HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE	71
8.2. UTFORDRINGER OG VURDERINGER	72
8.3. SLUTTKOMMENTARER	75
BIBLIOGRAFI.....	79
VEDLEGG 1: INTERVJUGUIDE - FOLKEHELSEKOORDINATOR.....	81
VEDLEGG 2: INTERVJUGUIDE - FYLKE.....	83
VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE – KOMMUNELEGE	84

TABELLOVERSIKT

Tabell 4-1	Struktur på kommunal administrativ organisasjon og enheter som deltar i tverrfaglige samarbeidsgrupper	19
Tabell 4-2	Stillingskategorier som får folkehelsekoordinatorfunksjonen.	21
Tabell 4-3	Tverrfaglige grupper og tema det samarbeides om.....	24
Tabell 4-4	Folkehelse temaer fordelt på fire kategorier	25
Tabell 4-5	Gjennomsnittlig antall planforankringer etter tema. Additiv indeks.	26
Tabell 4-6	Folkehelse og miljø/bærekraft som eget punkt i kommuneplanens samfunnsdel.	27
Tabell 4-7	Folkehelse tema det er laget delplan/temaplan for, samt økonomiplan.....	29
Tabell 5-1	Organisatorisk plassering av folkehelsekoordinator/folkehelserådgiver på regionalt nivå.	30
Tabell 5-2	Etablering av lokale partnerskap og formål som oppfattes som viktige i folkehelsearbeidet	38
Tabell 5-3	Etablering av lokale partnerskap og vurdering av suksessfaktorer	38
Tabell 5-4	Oversikt over aktører som er involvert i Helse i plan og Partnerskap lokalt	40
Tabell 5-5	Aktører i arbeidet med Helse i plan og Partnerskap	41
Tabell 5-6	Lokale partnerskap og tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelsefeltet.	44
Tabell 5-7	Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper i Helse i plan- kommuner og andre kommuner?	45
Tabell 5-8	Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper? Utdrag fra Tabell 5-7....	47
Tabell 5-9	Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper? Utdrag fra Tabell 5-7....	47
Tabell 5-10	Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper? Utdrag fra Tabell 5-7..	48
Tabell 5-11	Folketall i Helse i Plan kommuner og andre kommuner	52
Tabell 5-12	Tid til folkehelsearbeid, Helse i Plan kommuner og andre kommuner.	52
Tabell 5-13	Folkehelsekoordinatorstillingens administrative plassering.	53
Tabell 5-14	Fordeling av kjernetemaer på tvers av kommunale planer	54
Tabell 5-15	Fordeling av rutiniserte temaer på tvers av kommunale planer.....	54
Tabell 5-16	Fordeling av fysiske temaer på tvers av kommunale planer	55
Tabell 5-17	Fordeling av samfunnsutviklingstemaer på tvers av kommunale planer.....	55

HELSEDIREKTORATET SIN FOLKEHELSESATSING

Helsefremmende og forebyggende arbeid er i fokus, ikke minst gjennom satsing på folkehelse. Folkehelse kan brukes som et samlebegrep for alle typer tiltak der formålet er å fremme helse og hindre at sykdommer, skader eller sosiale problemer oppstår. Det finnes mange definisjoner av helse. I folkehelsearbeidet er det som regel helse i vid forstand som ligger til grunn. Det vil si ei tilnærming til helse som også favner det vi kaller livskvalitet og levekår. Målet med satsinga på folkehelse, slik en kan lese det i folkehelsemeldinga: Resept for et sunnere Norge (St. meld. nr 16 (2002-2003)), er et sunnere Norge gjennom en politikk, som for det første skal medvirke til å bedre den generelle helsetilstanden i befolkninga, og som for det andre skal medvirke til å utjevne helsesituasjonen mellom ulike sosiale lag.

Bedre folkehelse skal blant annet fremmes gjennom mobilisering i lokalsamfunnet og hos enkeltindivider. Helsemyndighetene har satt i gang flere tiltak som er retta mot folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Det gjelder blant annet de fire tiltaka

- Partnerskap for folkehelse
- Helse i plan
- Kommunehelseprofiler
- Tilskuddsordninga for lavterskel fysisk aktivitet

Kommunehelseprofiler og Tilskuddsordning for lavterskel fysisk aktivitet ble evaluert i 2001-2008 ved henholdsvis Helgesen, Hofstad og Vestby (2008) og Bergem, Ouff og Aarflot (2008). I 2009 ble undervegsrapportene *Lokalt folkehelsearbeid* (Hofstad & Vestby, 2009) og *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Undervegsrapport* (Bergem, Ouff, Aarflot, & Hanche-Dalseth, 2009) publisert. Begge omhandlet tiltakene Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Resultater fra disse rapportene blir også trukket inn i denne sluttrapporten.

Utgangspunktet for de fire tiltakene er Folkehelsemeldinga (St. meld. nr 16 (2002-2003): Resept for et sunnere Norge). I Folkehelsemeldinga omtaler sentrale myndigheter samfunnsplanlegging som et viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet. I den samme meldinga, blir Partnerskap framheva som en ønskelig arbeidsform i det lokale folkehelsearbeidet.

Samfunnsplanlegging og partnerskap handler i stor grad om mobilisering og forankring av helsesatsinga. Andre dokumenter er også sentrale for de fire tiltakene:

- Handlingsplan for fysisk aktivitet – sammen for fysisk aktivitet (2005-2009)
- St. meld. nr. 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne helseforskjeller

De fire tiltakene er metodeutviklingsprosjekt, der målet er å fremme folkehelse. Tiltakene blir evaluert som verktøy og tiltak, som direkte eller indirekte medvirker til bevisstgjøring og mobilisering, nye arbeidsmåter og samarbeidsmåter, og ikke minst strategier og forankringsmodeller.

Verktøyene skal kunne brukes av mange ulike aktører: fra lokale lag og organisasjoner, til ulike fagprofesjoner i kommunene, og av aktører på det regionale nivået. Den politiske legitimiteten er en viktig forutsetning for at folkehelsesatsinga som strategi skal vinne fram. Målgruppene for tiltakene er både befolkninga generelt, og spesielle grupper i befolkninga.

NYTT LOVVERK OG REFORMER

I tillegg til de nevnte meldingene, har det siden underveisrapportene kommet flere lover og reformer med stor betydning for folkehelsearbeidet generelt, og for utviklinga av arbeidet med Helse i plan og Partnerskap. Under følger en kort gjennomgang av de fire viktigste.

Forvaltningsreformen

I St. meld. nr. 12 (2006-2007) *Regionale fortrinn – regional framtid*, utredet regjeringen oppgaver som kunne overføres til folkevalgt, regionalt nivå (Kommunal- og regionaldepartementet, 2007). Målet var å oppnå en mer hensiktsmessig forvaltning og oppgavefordeling mellom forvaltningsnivåene, som viktige forutsetninger for et funksjonelt og effektivt styringssystem. Særlig fokus retter forvaltningsreformen mot fylkeskommunene som drivkraft for regional utvikling. Folkehelse er blant de omtalte oppgavene som omfattes av reformen, og fylkenes arbeid med folkehelse blir sett i sammenheng med deres rolle som regionale utviklingsaktører. Partnerskap for folkehelse, forankring av folkehelsearbeidet i kommuner og fylker, og folkehelsearbeidets sektorovergrepene er fokus i omtalen av feltet. Forvaltningsreformen trådte i kraft 1.1.2010, etter behandling av Ot. prop. nr 10 (2008-2009) (Kommunal og regionaldepartementet, 2009).

Folkehelseloven

Som følge av forvaltningsreformen, fikk Helse- og omsorgsdepartementet i oppgave å lovfeste folkehelsearbeidet i fylkeskommunene, og 1.1 2010 trådte Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (Folkehelseloven) i kraft. Loven er ny siden vi snakket med fylkeskommuner og kommuner til underveisrapporteringa. Loven pålegger fylkeskommunene å fremme folkehelse gjennom sine oppgaver, som regional utvikling, planlegging og forvaltning og tjenesteyting. Partnerskap er nevnt som en arbeidsmetode bør benytte i dette arbeidet. Særlig peker loven på fylkeskommunenes ansvar for å holde oversikt over helsetilstanden i fylket, og hvilke faktorer som virker inn på denne (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Innføringa av denne loven har betydning for hvordan fylkeskommunene ser på sin rolle i folkehelsearbeidet, og hvilke forventninger kommunene har til fylkeskommunen. Som vi vil vise i løpet av rapporten, gjelder dette særlig behovet for og ønsket om innhenting og behandling av folkehelsedata.

Samhandlingsreformen

Gjennom St. meld. 47 (2008-2009) presenterte regjeringen i juni i 2009 den såkalte Samhandlingsreformen, med undertittelen *Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Stortingsmeldinga bygger på dagens og forventede framtidige utfordringer i helse- og omsorgssektoren, både ut fra et pasientperspektiv og et samfunnsøkonomisk perspektiv. Meldinga skisserer tre hovedutfordringer: 1) pasientene møter fragmenterte tjenester, 2) helsetjenesten gjør for lite forebyggende og helsefremmende arbeid og 3) endringer i demografi og i sykdomsbildet kan på sikt true samfunnets økonomiske bæreevne. Regjeringen skisserer fem hovedgrep for å møte disse utfordringene, og særlig to av disse vil på sikt ha stor betydning for organiseringa av helsetjenestene i kommunene, og kan også ha betydning for folkehelsearbeidet. Disse er knyttet til at 1) kommunene får tildelt et større ansvar for helsetjenestetilbudet og 2) kommunene også får tildelt et større økonomisk medansvar bl.a. for spesialisthelsetjenestene og for utskrivingsklare pasienter.

Regjeringen gir i punkt 6.9.2 *Folkehelsearbeid, med vekt på samfunnsmedisinske oppgaver*, uttrykk for sitt syn på folkehelsearbeidet sin plass i reformen. Regjeringen definerer hva folkehelsearbeid er og gir en kortfattet oversikt over hva den forventer at folkehelsearbeidet skal bidra til overfor helseutfordringene framover. Både partnerskap og planarbeid blir trukket fram som relevante arbeidsmetoder for å styrke folkehelsearbeidet. Folkehelse kan likevel ikke sies å ha en stor plass i meldingen som helhet. Stortingets helse- og sosialkomite avgir sin innstilling 20. april 2010. Reformen og dens effekter på ansvarsfordelingen av tjenesteoppgaver mellom stat og kommune, trer i kraft først fra 2012. Fram til da, skal Regjeringen utarbeide en rekke

lovproposisjoner, og Stortinget skal behandle den nye finansieringsordningen, samt en plan for implementering av reformen.

Plan og bygningsloven

Ny, revidert plan og bygningslov trådte i kraft 1. juli 2009 etter flere års utredninger (NOU 2001, NOU 2003, Ot.prp. 32 2007-08). Folkehelse defineres som en del av bærekraftbegrepet og inngår derfor i planlovens formålsparagraf hvor det heter at: *"Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner"* (PBL 2008 § 1-1). Folkehelse omtales også i lovens paragraf 3 hvor oppgaver og hensyn i planleggingen presiseres. Her fremheves det at planlegging etter plan- og bygningsloven skal *"fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet"*. Det fokuseres også på at planleggingen skal *"legge til rette for god forming av bygde omgivelser, gode bomiljøer og gode oppvekst- og levekår i alle deler av landet"*, noe som vil ha betydning for folkehelsen.

Folkehelse har dermed fått en plass blant planleggingens mange formål. I meldinger, utredninger og forskrifter til den nye plan- og bygningsloven kommer en nærmere inn på hvordan folkehelse kan integreres i planleggingen. For det første vektlegges det at kunnskap om lokal helsetilstand skal inngå som et grunnlag for planleggingen og dermed øke oppmerksomheten omkring folkehelse samt bidra til at man tar mer informerte beslutninger (St meld 16 2002-03, St meld 20 2006-07:85-86). For det andre framheves helsekonsekvensutredninger som viktig (ibid). Både arealplaner, kommunedelplaner, områdereguleringer og reguleringsplaner der utbyggingsområder angis skal utredes etter bestemte kriterier (Forskrift for konsekvensutredninger 2009). Flere av temaene som medfører pålegg om konsekvensutredning av planene er relevant for folkehelsen. Blant annet skal eventuell økning i luftforurensning, støy og lukt, forurensning til jord, vann eller sedimenter samt klimagasser og stråling vurderes. Videre skal planer konsekvensutredes dersom de kan få konsekvenser for befolkningens helse, helsens fordeling i befolkningen, kriminalitetsforebygging og barn og unges oppvekstmiljø (ibid). For det tredje kan kommuneplanleggingen som koordineringsinstrument bidra til å sikre at folkehelse integreres horisontalt i kommuneorganisasjonen og vertikalt i planleggingshierarkiet. (Ot.prp. 32 2007-2008:209-211). Det fjerde og siste elementet som nevnes er lokalt utviklingsarbeid som Helse i Plan er et eksempel på. Deltakerne har et spesielt fokus på integreringen av folkehelse i kommuneplanleggingen og tanken er at deres erfaringer kan bidra til å utvikle nye arbeidsmetoder og et tettere samarbeid mellom planleggere og folkehelsearbeidere (Helsedirektoratet 2008).

Opptrappingsplan for folkehelse

Kommunehelsetjenesteloven er under revisjon. Et mulig resultat av dette revisjonsarbeid kan bli en todeling av lovverket, 1) en Folkehelselov som gjelder forvaltningsnivåene; kommuner, fylkeskommuner og statlig nivå og 2) en Helse – og omsorgslov. Det er varslet at Regjeringen vil legge fram et lovforslag for stortinget i 2010. En mulig følge at dette, er at vi får en opptrappingsplan for folkehelse.

KOMMUNIKATIV PLANLEGGING

I Partnerskap for folkehelse og Helse i plan er kommunikativ planlegging en relevant tilnærming, blant annet fordi mobilisering, organisering og forankring er viktige stikkord i folkehelsesatsingen. En sentral idé i kommunikativ planlegging og samfunnsutvikling er at en endring i en mer dynamisk retning krever utvikling av den sosiale kapitalen til samfunn, det vil si at kunnskapsressursene, relasjonsressursene og mobiliseringsevnen må styrkes (Healey et. al 1999). Dersom en skal få en mer positiv samfunnsutvikling, må styrke gamle relasjoner og bygge nye. Det må skje gjennom samarbeid, samtale og ved å skape tillit mellom aktører (Storper 1997, Stöhr 1990). For å få til en større grad samordning og en målretta og kunnskapsbasert samfunnsutvikling, må sentrale aktører bli inkludert i prosessene slik at de, i så stor grad som mulig, lærer av hverandre og utvikler felles oppfatninger om utfordringer, mål og handlinger, som er formålstjenlige for å fremme og styrke folkehelsearbeidet.

I kommunikatív planlegging er det blant annet et mål å engasjere det sivile samfunnet (enkeltindivid og ulike grupper, foreninger, lag og organisasjoner) aktivt i planleggings- og utviklingsprosesser. Disse gruppene skal ikke bare være med, de må oppnå reell og likeverdig deltaking. Hvilken kunnskap og mobiliseringsevne, og hvilke verdier, mål og holdninger, relasjoner en bygger på, er avgjørende for samfunnsendringer. Det er derfor viktig å utvikle bedre kunnskap om og metoder for å aktivisere og mobilisere det sivile samfunnet i planleggings- og utviklingsprosesser. Dette perspektivet ligg til grunn i evalueringa.

INNHOOLD OG ORGANISERING AV RAPPORTEN

Sluttrapporten er satt sammen av både kvantitative og kvalitative data. I enkelte avsnitt er de behandlet hver for seg, mens der de belyser hverandre gjensidig, er de framstilt sammen. I tråd med ønske fra Helsedirektoratet, er fokus i denne rapporten utvidet til også å omhandle kommunelegenes rolle, samt Samhandlingsreformen. Dette var ikke tema i arbeidet med underveisrapportene.

- 2 I dette kapitlet presenterer vi problemstillinger og datagrunnlag som ligger til grunn for rapportene, både underveis og nå i sluttrapporten.
 - 3 Her presenterer vi tiltakene Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Framstillingen er for det meste hentet fra Møreforskning og NIBR sine underveisrapporter (Bergem, Ouff, Aarflot, & Hanche-Dalseth, 2009; Hofstad & Vestby, 2009).
 - 0 I tillegg til data om kommuner som deltar i Helse i plan og/eller Partnerskap, har vi hentet inn data fra kommuner som ikke deltar. I dette kapitlet løfter vi fram generelle trender i det lokale partnerskapsarbeidet i alle kommunene som svarte på NIBR sin survey i 2008, samt dataene i sammenheng med annet kildemateriale.
 - 5 Gjennom de kvalitative intervjuene, har vi sett at folkehelsekoordinatorene både i kommunene og fylkene i liten grad skiller mellom Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Vi presenterer derfor begge tiltakene samlet. Vi ser nærmere på hvordan koordinatorene i dag vurderer tiltakene som verktøy, hvilke kommunale sektorer ser deltar i arbeidet, og hvordan kommuner og fylker integrerer ulike tema i arbeidet.
 - 6 Her blir kommunelegenes rolle i folkehelsearbeidet, og deres forhold til Helse i plan og partnerskapsarbeidet omtalt. De har også vurdert sin rolle i Samhandlingsreformen.
 - 7 Her trekker vi fram kvalitative data om folkehelsekoordinatorenes refleksjoner rundt Samhandlingsreformen, og hvordan den kan komme til å påvirke arbeidet med Helse i plan og Partnerskap. I tillegg blir en eventuell Opptrappingsplan for folkehelse diskutert her. Det er særlig koordinatorene i kommunene sine synspunkter som blir presentert.
- Feil! Fant ikke referanse-kilden.** I kapittel 8 tar vi for oss hvilke utfordringer informantene har sett for seg i arbeidet med partnerskap og helse i plan framover. Vi kommer på bakgrunn av dette, sammen med de kvantitative dataene, med våre vurderinger og anbefalinger for videre arbeid.

Enkelte punkt blir oppsummert og kommentert underveis. Slike kommentarer er rammet inn. Sitater er hentet fra et bredt utvalg av informantene i både fylkeskommuner og kommuner.

2. PROBLEMSTILLINGER OG DATAGRUNNLAG FOR EVALUERINGA

Overordna fokus

Hovedformålet med evalueringa er

- å kartlegge hvordan fylker og kommuner arbeider med de fire folkehelsesatsingene Helsedirektoratet har initiert
- å undersøke hvilke modeller og virkemidler som virker formålstjenlige
- prosessveiledning overfor fylker og kommuner

Evalueringa skal også bidra til å finne ut hvordan Helsedirektoratet, i samarbeid med styringsgruppa på departementsplan, kan følge opp det lokale folkehelsearbeidet framover, og eventuelt justere kursen som er valgt.

2.1. PROBLEMSTILLINGER

Etter ønske fra Helsedirektoratet, har vi i sluttevalueringa hatt et noe annet fokus rundt enkelte tema, enn tidligere. Kort oppsummert, har fokus denne gangen vært på

1. Overgang fra utprøving til ordinær drift

Som verktøy i folkehelsearbeidet, har Helse i plan og Partnerskap har vært i "utprøvingsfasen" på alle nivå, fra direktorat til kommuner. Kommunene som har deltatt, har fungert som "piloter" i arbeidet, og både kommuner og fylkeskommuner har arbeidet mer eller mindre prosjektbasert. Spesielt i kommunene har arbeidet ennå ikke gått over i "varig" driftsfase. Direktoratet ønsket derfor belyst hva som skal til for at dette skal være mulig.

2. Praktisk integrering av folkehelse tema i folkehelsearbeidet

Underveisevalueringa viste hvilke folkehelse tema kommunene jobbet med (ernæring, fysisk aktivitet mm). Her ville vi forsøke å komme mer inn på *hvordan* kommunene jobbet med det enkelte tema gjennom praktiske eksempler, og om ulike tema var integrert i de samme tiltakene.

Vi har også fremskaffet nye data om målgrupper for folkehelse tiltak, og sett spesielt på gruppen barn og unge.

Et annet forhold som belyses er oppfatninger av kritiske faktorer og suksesskriterier. Med til dette bildet hører vurderinger av hva informantene anser som viktige formål med partnerskapene, dvs. det som motiverer dem til å inngå i denne type samarbeid.

3. Helsesektoren sin rolle i folkehelsearbeidet

Helsedirektoratet ønsket noe mer kunnskap om helsesektoren sin deltakelse i folkehelsearbeidet. I tillegg viste underveisevalueringa at kommunelegene var lite involvert i folkehelsearbeidet, samtidig som folkehelsekoordinatorne ønsket at de kom mer på banen. Vi har blant annet sett nærmere på hvilken rolle kommunelegene selv tenker at de har i folkehelsearbeidet generelt i kommunene.

De kvantitative kjøringene er gjort for å gi et nærmere innblikk i tverrfaglig samarbeid omkring folkehelse tema.

4. Integrering av folkehelse tiltak i økonomiplaner

Om og hvordan viser omtale av folkehelsearbeid i kommunalt og fylkeskommunalt planverk igjen i økonomiplanene deres per i dag?

Underveisevalueringen viste i hvilken grad ulike folkehelse tema var forankret i ulike type planer. Vi har nå undersøkt nærmere om planforankringen, blant annet ved å se om tema er sikret gjennom flere planforankringer og i særdeleshet om de er sikret gjennom økonomiplanen.

5. Bruk av folkehelsesdata

Helsedirektoratet har et ønske om å videreutvikle arbeidsverktøy som KommuneHelseprofiler, og å utvikle metoder for innhenting av folkehelsesdata fra ulike aktører og nivåer. Vi har derfor sett på hvordan slike data legges til grunn for arbeidet i kommuner og fylkeskommuner i dag.

6. Kompetanseheving

Underveisevalueringa fra Møreforskning pekte på at spesielt kommunen hadde et behov for plan- og prosesskompetanse. Det var ønske om å få mer konkret tilbakemelding på hvordan en slik kompetanseheving kunne organiseres, med tanke på hvem i kommunene som er aktuelle for dette, i hvilken form det er størst behov for slik kompetanseheving, og mer konkret hvilke tema det er behov for.

7. Samhandlingsreformen

Vi har i denne rapporten bedt om kommunenes og fylkeskommunenes sine tanker om Samhandlingsreformen sine konsekvenser for arbeidet med Helse i plan og Partnerskap, ut fra at Regjeringen i løpet av 2010 og 2011 skal utarbeide mer konkret innhold i reformen. Selv om St. meld. 47 om Samhandlingsreformen har lite fokus på folkehelsearbeid, er det trolig at effektene av reformen kan ha stor innvirkning på både det kommunale og fylkeskommunale arbeidet. Samhandlingsreformen var opprinnelig ikke en del av evalueringen, og har heller ikke utgjort noen stor del av arbeidet. Materialet her må derfor ikke sees som en "evaluering av Samhandlingsreformen" slik reformen foreligger i dag.

2.2. DATAGRUNNLAG

Evalueringa bygger på både kvalitative og kvantitative data. Som nevnt tidligere har NIBR ansvar for den kvantitative tilnærmingen, og Møreforskning har ansvar for den kvalitative. Grunnlaget for de to tilnærmingene, blir nærmere presentert nedenfor.

Kvantitative data

I denne sluttrapporten presenterer vi data fra dypdykk som nyanserer bildet som ble gitt i underveisrapporten. I samråd med Helsedirektoratet bestemte vi ikke å gjennomføre samme undersøkelsen på nytt i 2009 slik den opprinnelige planen var. Tidsintervallet var så kort at vi antok at situasjonen ikke kunne ha endret seg vesentlig. I stedet har vi hatt følgende fokus:

- Nye kjøringar i de to breddeundersøkelsene som omfattet alle landets kommuner. En var sendt til aktører som innehar folkehelsekoordinatorkfunksjonen (eller andre folkehelseansvarlige) og en sendt til kommuneplanleggere. Svarprosenten var god; hhv. 70 og 75 prosent.
- Fremskaffe nye data om målgrupper for folkehelse tiltak, og se spesielt på gruppen barn og unge.
- Underveisevalueringen viste i hvilken grad ulike folkehelse tema var forankret i ulike type planer. Vi har nå undersøkt nærmere om planforankringen, blant annet ved å se om tema er sikret gjennom flere planforankringer og i særdeleshet om de er sikret gjennom økonomiplanen.
- Oppfatninger av kritiske faktorer og suksesskriterier. Med til dette bildet hører vurderinger av hva de anser som viktige formål med partnerskapene, dvs. det som motiverer dem til å inngå i denne type samarbeid.
- Tverrfaglig samarbeid omkring folkehelse tema.

Kvalitative data

I de kvalitative dataene har vi fokus på to nivå i evalueringa

- Fylkesnivået/det regionale nivået, som inkluderer aktører som folkehelsekoordinatorer e.l. i fylkeskommunen og hos fylkesmannen, lag/organisasjoner, helseforetak mfl.
- Kommun nivået, som inkluderer aktører som folkehelsekoordinatorer e.l., politikere, planleggere, lag/org mfl.

Gjennom evalueringa prøver vi både å gi en oversikt over situasjonen og en dypere forståelse av hvordan tiltaka fungerer. Ved spørreundersøkelser i kommunene er det gjennomført en bred kartlegging av hvordan folkehelsearbeidet er organisert, grad av forankring, hva det inneholder og hvordan de ulike verktøyene blir brukt. Resultatene fra disse spørreundersøkelsene er dels formidlet i rapport fr NIBR (Hofstad & Vestby, 2009), og dels gjennom denne rapporten. Rapportene fra Møreforskning bygger på dybdestudier i utvalgte fylke og kommuner.

Vi har gått nærmere inn på arbeidet som skjer i fylke og kommuner både når det gjeld Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Hovedfokus har vært forankring, organisering og kunnskapsbygging. Åtte fylker og 16 kommuner er med i dybdestudien (jf vedlegg). Alle åtte fylkene er med i Partnerskap for folkehelse, mens fire av dem også er med i Helse i plan. De andre fylkene og kommunene arbeider også i tråd med tenkinga som ligg til grunn for Helse i plan, men de er ikke med blant fylka som får midler frå Helsedirektoratet til dette arbeidet. Fylkene og kommunene er valgt med tanke på å sikre geografisk spredning og variasjon i størrelse (gjelder kommunene). Det er også variasjon når det gjelder hvor lenge fylker og kommuner har arbeidet med folkehelse med utgangspunkt i partnerskapsideen og Helse i plan. Folkehelsekoordinatorene i fylkeskommunene og hos fylkesmannen, og folkehelsekoordinatorer e.l. i kommunene er opplagte informanter. Utvalget informanter i de regionale og lokale partnerskapene (samarbeid), er valgt med tanke på variasjon i type aktører (frivillige organisasjoner, høyskoler helseforetak osv).

Datagrunnlaget er tufta på:

- Dokumentstudier
- Intervju med folkehelsekoordinatorer o. a. i fylkeskommunen og hos fylkesmannen.
- Intervju med representanter frå et utvalg lag/organisasjoner og andre som er representerte i de regionale partnerskapene.
- Intervju med folkehelsekoordinatorer og planleggere i kommunene.
- Intervju med representanter frå et utvalg lag/organisasjoner og andre som er representerte i de lokale partnerskapa.

I 2008 ble sju av de åtte fylkene, og 14 av de 16 kommunene besøkt. Det ble gjennomført personlige intervju eller gruppeintervju med informantene. I ett fylke og to kommuner ble det gjort telefonintervju med informantene. Det ble til sammen gjennomført 60 intervju med totalt 84 informanter, (32 informanter regionalt/fylkesnivået og 52 informanter lokalt/kommunenivået).¹ Datamaterialet fra 2008 var relativt omfattende, og størstedelen ble presentert og analysert i underveisrapporten (Bergem mfl 2009).

¹ For flere detaljer om utvalget i underveisrapporten, se Bergem mfl 2009: s. 29-30.

I all hovedsak ble det samme utvalget brukt som informanter til sluttrapporten, slik at utvalget av kommuner og fylker er identisk. Det har likevel skjedd noen få endringer i utvalget, først om fremst som følge av naturlige endringer i kommuneorganisasjonene, men også som følge av et noe endret fokus siden underveisrapporteringa:

- I denne delen av evalueringa har vi ikke hatt fokus på andre deltakere i partnerskapene, enn folkehelsekoordinatorene. Det vil si at verken kommunale planleggere, lag og organisasjoner på lokalt eller lokalt nivå, eller statlige aktører har deltatt.
- På kommunenivå var det én folkehelsekoordinator hadde ikke anledning til å delta, én som hadde skiftet jobb, men som likevel stilte til intervju, og én som var tilbake i stillingen etter permisjon, slik at vedkommende som stilte til intervju sist, ikke lenger fungerte i denne stillingen. Vi har altså gjennomført intervju med 15 av 16 folkehelsekoordinatorer på lokalt nivå.
- På fylkesnivå var den ingen endringer, slik at vi har gjennomført intervju med de samme åtte folkehelsekoordinatorene som i 2008.
- I tråd med ønsket fra Helsedirektoratet, har vi gjennomført intervju med kommunelegene i utvalget av kommuner. Disse ble ikke kontaktet til underveisrapporteringen. Det viste seg å være vanskelig både å få god oversikt over kommunelegene eller andre som kunne være rette vedkommende, da noen kommuner ikke lenger har kommunelegefunksjon, og å komme i kontakt med kommunelegene. Vi fikk en variabel deltakelse fra disse, men slik at vi har gjennomført intervju med 11 av 16 kommuneleger i utvalget.
- Intervjuene ble denne gangen gjennomført per telefon.

3. INNHOLD OG ORGANISERING AV HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE

PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE

Å fremme god helse og hindre dårlig helse angår alle sektorer og nivå i samfunnet, og partnerskap i folkehelsearbeidet tar nettopputgangspunkt i behovet for å se helse i en helhetlig sammenheng, og å samarbeide om felles utfordringer. Partnerskap finnes både i privat, offentlig og frivillig sektor. Med partnerskap i folkehelsearbeidet meiner vi egentlig governance-partnerskap, som kan defineres som et samarbeid mellom offentlig og privat sektor, men helst også med folkevalgte og frivillig sektor.

Partnerskap blir ofte omtalt som et forpliktende samarbeid mellom selvstendige partnere i et framforhandla interessefellesskap. Partnerskap mellom ulike aktører er i den sammenhengen mellom anna innretta mot å betre relasjonene mellom aktører på tvers av tradisjonelle skillelinjer. I ulike sammenhenger blir ofte partnerskap framstilt som handlingskraftige og effektive lokale eller regionale organisasjoner, men partnerskap er som regel ikke uten utfordringer og svake sider. Partnerskap er det vi kaller løst kobla organisasjoner og de er basert på en forståelse av at aktører er gjensidig avhengig av hverandre for å oppnå mer enn de kan greie hver for seg, ved å forene ressursene sine. Men samtidig må strukturen ha autoritet nok til å kunne skjære gjennom i konfliktsaker, til dømes i spørsmål om lokalisering av aktiviteter. Slike saker skaper ofte konflikt mellom aktørene, og kan bidra til å bryte ned den tilliten som er nødvendig for å oppnå godt samarbeid over tid.

Partnerskap forutsetter samarbeid mellom relativt jamstilte og gjensidig avhengige partnere. Det er likevel viktig å erkjenne at partnerne ofte ikke er like. Somme kan ha stort behov for samarbeid, men har lite ressurser å bidra med. Andre kan ha bra med ressurser, men ser ikke behovet for samarbeid. Slike forhold må være erkjent av samarbeidspartene ved oppstart, og om nødvendig må en kompensere for ulemper på kort eller lang sikt. Partnerskap er basert på en tillit om at ingen partnere skal tape på samarbeidet. I partnerskap har en behov for lærende samarbeidsprosesser som bidrar til at aktørene oppfatter partnerskap som en mer effektiv måte å arbeide på enn andre alternativer. Offentlige og private aktører kan ha ulike kulturer for arbeid, samarbeid og beslutningsprosesser, noe som kan være en utfordring for arbeid gjennom partnerskap.

Partnerskap i folkehelsearbeidet er som sagt både sektor- og nivåovergripende, og det er derfor viktig å legitimere ressursbruk på tvers av fag og forvaltningsnivåer, og å vinne tillit og aksept hos både sideordna og overordna. For kommuner kan det å bli partner i et folkehelseprogram, medvirke til slik aksept og legitimitet. Denne formen for partnerskap er det vi kaller et institusjonelt partnerskap. Hovedfunksjonen til institusjonelle partnerskap er å sette rammer for plan- og utviklingsarbeidet, og å stimulere partnerne til å utføre sin del av prosessen. Kjennetegn ved institusjonelle partnerskap er stor grad av formalisering, en etablert legitimitet og aksept, et avgrensa tal partnere og et klart uttrykt formål. Eksempler på slike partnerskap er fylkene sine folkehelseprogram/-prosjekt. Slike partnerskap er i praksis overordna de andre partnerskapa.

Å danne partnerskap med sikte på å sette bestemte saker på den politiske dagsordenen, oppfatter vi som strategiske partnerskap. I disse partnerskapa er det viktig å utvikle felles forståelse av hvordan situasjonen er, hvordan det er ønskelig at den utvikler seg, og hva en da må gripe fatt i. Kjennetegn ved strategiske partnerskap er liten grad av formalisering og et relativt flatt hierarki. Aktiviteten kan være ujamn og antallet medlemmer usikkert og skiftende. Ofte fungerer slike partnerskap ved at en kjerne av partnere mobiliserer andre når behovet er der, og da er det ønskelig med flest mulig deltakere i partnerskapen for å sette makt bak ønska til partnerskapen. Formålet med strategiske partnerskap i kommuner er som oftest å påverke den strategiske planlegging i kommunen med tanke på val av utbyggingsmønster, prioritering av tjenesteområde m.m.

Skal samarbeidet mellom partnerne være reelt, må partnerne binde seg til partnerskapet sitt handlingsprogram og de aktuelle prosjektene og tiltakene som inngår der. De ulike partnerne må rent konkret binde seg til å bidra

med ressurser i form av arbeid og kapital til prioriterte prosjekt og aktiviteter. Slike samarbeid vil vi kalle taktiske partnerskap. Kjennetegn ved taktiske partnerskap er stor grad av formalisering, avgrensa tal partnere, et sterkt behov for tillit mellom partnerne, og et stort behov for aksept og legitimitet av felles handlingsprogram. Eksempler på taktiske partnerskap er kommunene sine handlingsprogram for samfunnsutviklinga. Her er kommunen bare en av mange aktuelle samfunnsaktører som må binde seg til programmet dersom det skal være reelt. I gjennomføringa av slike program er det derfor også behov for bindende og konkrete planar for hvert enkelt tiltak og aktivitet. Disse planene er viktige for å koordinere framdrifta og for å kontrollere om kvar partner gjennomfører sin del av programmet. Denne delen av samarbeidet må nedfelle seg i operative partnerskap i form av avtalefesta prosjekt, tiltak og aktiviteter. Kjennetegn ved operative partnerskap er stor grad av formalisering, juridisk bindende avtaler, eksternt gitt legitimitet, avgrensa tal partnere, klar arbeidsdeling, klart og tydelig hierarki, og et klart fokus på gjennomføring.

Etter vår mening er det viktig ikke å oppfatte partnerskap som stabile organisasjonstyper, men å se partnerskapsbygging som en dynamisk prosess der partnerskap antar ulike former etter behov og har ulike partnere, og der partnerne også har ulike roller. Det er til dømes stor skilnad mellom deltaking i et institusjonelt partnerskap og et strategisk partnerskap. Partnerskap er som organisasjonsform et middel til å stimulere til langsiktig, utvidende samarbeid mellom aktører.

HELSE I PLAN

Helse i plan er først og fremst et innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt, mer enn det er et prosjekt for kommunene. Verktøyet er plan- og bygningsloven og kommuneplanen, og metodene som blir utvikla dreier seg om hvordan ulike folkehelse mål kan realiseres gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, og i temaplanar. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og informasjonsspredning inngår også som virkemidler i denne sammenhengen. I det kommunale plansystemet er det nå vanlig å skille mellom ulike former for planlegging:

- Institusjonell planlegging som egentlig er planlegging av planlegginga, og kan konkret være en prosjektplan for folkehelsearbeidet som viser både hvordan prosjektet skal gjennomføres og hvordan arbeidet skal føres videre etter prosjektslutt.
- Strategisk planlegging er en redskap til å mobilisere brei deltaking og til å skape erkjenning av hvordan vi har det, ønsker å ha det og hva vi kan satse på for å oppnå den framtida vi ønsker.
- Taktisk planlegging er en redskap for å utarbeide handlingsprogram og budsjett og til å definere, organisere og prioritere avgrensa prosjekt, aktiviteter og endringer.
- Operativ planlegging er en redskap for planlegging, gjennomføring og kvalitetssikring av konkrete tiltak og endringer.

Ved å knyte prosess- og resultatevaluering til både de institusjonelle, strategiske, taktiske og operative nivåene i planlegginga, kan en skape lærende prosesser i organisasjoner og samfunn.

Det er plan- og bygningsloven som regulerer planlegging som aktivitet i kommuner, og i 2009 ble det vedtatt en ny lov. Sammenlignet med den gamle lova er det i den nye loven spesielt tre moment som er særlig relevant for folkehelsearbeidet:

- Loven innfører begrepet planstrategi (§10-1), som er det vi ovenfor har kalla institusjonell planlegging. Etter lova skal kommunestyret minst en gong i kommunestyreperioden, og seinest ett år etter konstitueringa, drøfte kommunens strategiske val om samfunnsutvikling, langsiktig arealbruk, miljøutfordringer, sektorene sin virksomhet og vurdere kommunens planbehov i valgperioden.
- Samfunnsdelen av kommuneplanen skal etter dette ha en langt mer sentral og viktig plass i det kommunale plansystemet, og skal være en redskap til å fremme en mer sektorovergripende og helhetlig samfunnsutvikling. Samfunnsdelen skal gi retningslinjer både for utviklinga av samfunnet og eiga

virksomhet, og skal leggest til grunn for statens og regionale styresmakter si virksomhet i kommunen (§11-3).

- Videre har alle offentlige organ fått både rett og plikt til å delta i planlegginga (§3-2). Dette innebærer at offentlige organisasjoner, institusjoner og virksomheter har plikt til å være med dersom planlegginga berører deres interesser.

Etter vår tolkning medfører dette:

1. At det er viktig å gjøre folkehelsearbeid til en kontinuerlig politisk prosess, for å påvirke planlegginga institusjonelt, strategisk, taktisk og operativt.
2. At kommunene i sin samfunnsplanlegging må gjøre folkehelsearbeidet til et prioritert område, og at de greier å utvikle partnerskap både vertikalt mellom styringsnivåa (nasjonalt, regionalt, kommunalt og lokalt), og horisontalt mellom styringssystem (privat, offentlig og frivillig sektor), og internt på tvers av egne sektorer.
3. At dette blir konkretisert gjennom partnerskapsavtaler, der kommunen som organisasjon følger opp sin del av disse partnerskapene i sin virksomhetsplanlegging (økonomiplan, langtidsbudsjett, årsbudsjett m.m.)

Til grunn for planarbeidet bør kommunene kartlegge status for folkehelsearbeidet. Utforming av en folkehelseprofil tufta på bruk av ulike verktøy (Kommunehelseprofil, levekårsdata fra SSB, KOSTRA osv.) vil være en formålstjenlig måte å starte på. Å kartlegge kompetansen i kommunen er også et viktig grep i dette arbeidet. Å starte med ei kartlegging av status er et svært godt grunnlag for å kunne lage gode planar og sette i verk relevante tiltak som kan fremme folkehelsen.

4. LOKALT FOLKEHELSEARBEID; GENERELLE TREKK

Gjennom surveyen som gikk ut i 2008, innhentet vi kvantitative data om folkehelsearbeid- og organisering fra alle landets kommuner. Slik fikk vi ut en del interessant data om det lokale folkehelsearbeidet som skjer også i kommuner som ikke er del av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Vi har siden underveisrapporteringen gått dypere inn i dette datamaterialet ved å foreta nye og mer fokuserte analyser. I dette kapitlet presenterer vi en del data som angår alle kommunene som svarte på surveyen, for å gi et bredere bilde av hvordan kommunene arbeidet med folkehelse uavhengig av Helse i plan og Partnerskap. Et viktig poeng er dessuten at det er ved å sammenholde kommuner vi kan få et bilde av hva som er allmenne trekk ved folkehelsearbeid- og organisering, samt planforankring, i kommuner generelt og hva som kan være et resultat av Helse i plan og Partnerskap.

4.1. ORGANISATORISKE TREKK OG TVERRFAGLIG SAMARBEID

Norske kommuner har de siste årene endret sin administrative organisasjon i stor grad (Hovik & Stigen, 2008). Endringene har gått fra en sektorisert og hierarkisk struktur til langt større innslag av flat struktur. Flat struktur vil si at det ikke er noen administrative nivåer mellom utøvende enheter og rådmannsnivået og at ledere for utøvende enheter som plan-, skole- og helseavdelinger rapporterer direkte til rådmannsnivået. Hvis det er administrative nivåer mellom enhetsleder og rådmannsnivå blir organisasjonen spissere og den har innslag av hierarki. Argumenter for å endre den kommunale administrasjonen til flat struktur har vært at det skulle legges til rette for større grad av samarbeid på tvers av enheter. Grepene delegerer myndighet i den kommunale administrasjonen og beslutninger om å inngå i samarbeide med andre enheter skal tas av den enkelte enhetsleder. Beslutningen om samarbeid forankres dermed på enhetsnivå, eller på individnivå i den enkelte enhet. Omvendt vil vi kunne tenke oss at desto større innslag det er av hierarki i organisasjonen desto større mulighet til å forankre et eventuelt samarbeid på systemnivå.

Empiriske studier har imidlertid vist at samarbeid ikke har funnet sted i forventet grad i kommuner med flat struktur. Enhetene utgjør nye organisatoriske barrierer mot samarbeid, og i kommuner med flat struktur fokuseres det vertikale, og økonomisk orienterte, samarbeidet mot rådmannsnivået heller enn det horisontale, faglige samarbeidet med andre administrative enheter i kommunen. Delegering av samarbeidsbeslutninger til enhetsnivå endrer altså ikke på strukturen av insentiver for samarbeid (Axelsson & Axelsson, 2009; Axelsson & Axelsson, 2007; Whilman, Lundborg, Axelsson, & Holmstrøm, 2008)

Hvordan slår dette ut for samarbeid om folkehelse? Vi har sett nærmere på dette gjennom nye kjøringene i vårt datamateriale. Som Tabell 4-1 nedenfor viser slår flat struktur positivt ut med hensyn på deltakelse i tverrsektorielle samarbeidsgrupper for noen typer enheter/ avdelinger, mens det slår mer negativt ut for andre. Dataene gir altså ikke noe entydig bilde.

Tabell 4-1 Struktur på kommunal administrativ organisasjon og enheter som deltar i tverrfaglige samarbeidsgrupper Prosent. N=312 ²

Typer utøvende enheter som deltar i tverrfaglige samarbeidsgrupper	Antall nivå mellom rådmannsnivået og utøvende enheter			Total N=312
	Ingen nivåer N=130	Ett eller flere nivåer N=125	Variasjon mellom tjenester N=57	
Rådmannen/ rådmannens stab	13	12	14	13
Enhet/ avd. for plan	11	12	11	11
Enhet/ avd. for teknisk	7	13	14	11
Enhet/ avd. for pleie og omsorg	13	13	12	13
Enhet/ avdeling for helse	28	22	21	24
Enhet/ avd. for sosial virksomhet	15	8	11	11
Enhet/ avd. for mental helse	21	9	9	14
Enhet/ avd. for skole	22	16	19	19
Enhet/ avd. for barnehager	12	9	14	11
Enhet/ avd. for kultur	18	16	18	17
Andre enheter/ avdelinger	13	2	9	8

Denne analysen endrer ikke på hovedinntrykket av hvilke enheter/ avdelinger i kommunene det er som inngår i tverrfaglige samarbeidsgrupper. Tabellen viser imidlertid at det reorganiseres i kommunene og at folkehelsearbeidets kontekst derfor er i endring. Hovedobservasjonene i tabellen er:

- I kommuner med flat struktur deltar enheter/ avdelinger for helse mer i tverrsektorielle arbeidsgrupper enn de gjør i andre kommuner
- Flat struktur medfører at enheter/ avdelinger for skole, mental helse og kultur deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper i større grad enn der strukturen er mer hierarkisk
- Flat struktur slår ikke ut for graden av tverrsektorielt samarbeid for enhetene/ avdelingene for teknisk og plan relativt til der strukturen er mer hierarkisk

Analysen av strukturen i kommunale organisasjoner kan vi se noe i sammenheng med hvor i den kommunale organisasjonen folkehelsekoordinatorfunksjonen (eller tilsvarende) er plassert. Folkehelsekoordinator er en funksjon som tillegges ulike typer stillinger i norske kommuner.

² Denne tabellen er laget ved å koble tall over flat struktur vs. flere nivåer mellom utøvende enheter, som framkommer i organisasjonsdatabasen som NIBR administrerer for Kommunal- og regionaldepartementet, med tall over hvilke utøvende enheter som deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper i surveyen som er gått til folkehelsekoordinatorer i Partnerskap- og Helse i Plan-undersøkelsen.

Tabell 4-2 sier noe om hvilke stillingskategorier som får funksjonene som folkehelsekoordinatorer i kommunene.

Tabell 4-2 Stillingskategorier som får folkehelsekoordinatorfunksjonen. Hele tall ³

Stilling/ finnes folkehelsekoordinator	Ja, jeg har denne funksjonen	Ja, men en annen har funksjonen	Nei	Vet ikke	Sum
Rådmann	0	2	0	0	2
Kommunalsjef	4	5	13	0	22
Rådgiver	11	1	2	1	15
Kommunelege	16	16	44	5	81
Helsesøster	10	3	8	2	23
Sykepleier	0	1	1	0	2
Fysioterapeut	7	0	2	0	7
Jordmor	1	0	0	0	1
Frisklivsansvarlig	2	0	1	0	3
Lærer	2	0	0	0	2
Ungdomsleder	1	0	0	0	1
Kulturkonsulent	5	1	0	0	6
Annet	62	6	17	2	87
Sum	121	35	88	10	254

Tabellen viser at:

- 62 % av de 254 kommunene som har svart på spørsmålet har etablert folkehelsekoordinatorfunksjon, dvs. totalt 156 kommuner (121+35)
- Tabellen viser at folkehelsekoordinatorfunksjonen er spredt på en lang rekke ulike stillinger. Så mye som halvparten av dem som har svart på spørreskjemaet, har en annen type stilling enn de svaralternativene vi hadde listet opp som mulige stillingskategorier (62 stk *Annet*, eller 51 %).
- 81 respondenter av i alt 254 er kommuneleger. Av dem er det 16 som sier de har folkehelsekoordinatorfunksjonen. Dette utgjør 20 % av de legene som har svart. Det kan i tillegg være noen flere kommuneleger som har denne funksjonen
- 34 av dem som har svart og som selv er folkehelsekoordinatorer (eller tilsvarende), kan sies å tilhøre enhet/ avd. for helse (kommuneleger, helsesøstre, fysioterapeuter og jordmor). Dette betyr at om lag 2/3 ikke har plassert koordinatorfunksjonen i det som entydig defineres som enhet for helse, men derimot i diverse annet.
- I kommunene som har folkehelsekoordinator er det vedkommende som innehar funksjonen som har svart på spørreskjemaet i 121 av 156 tilfeller

Tabell 4-2 viser altså at 13 % av folkehelsekoordinatorene som selv har svart på spørreskjemaet er kommuneleger, 28 % til sammen har en stilling vi kan anta er plassert i en enhet/ avdeling for helse, mens 51 %

³ 254 kommuner har svart på dette spørsmålet (46 har utelatt å svare).

innehar stillingskategorien annet. Hvilke stillinger det er som inngår i kategorien annet vet vi lite om, benevnelsene som er brukt er i all hovedsak enhetsledere og konsulenter. En kunne forventet at en større andel enn 28 % hadde sin forankring i helse/sosial, da folkehelse som tema må ses som sentralt her.

At 28 % av folkehelsekoordinatorene som har svart på undersøkelsen er plassert i enhet/ avdeling for helse kan være en forklaring på at disse enhetene/ avdelingene er aktive i tverrsektorielle samarbeidsgrupper. På den annen side retter både Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse sin oppmerksomhet mot denne enheten/ avdelingen. At folkehelsekoordinatorene er plassert i enheten eller avdelingen forklarer imidlertid ikke at enheter/ avdelinger for skole er så vidt aktive i tverrsektorielle arbeidsgrupper. På den annen side er skole og barnehager viktige arenaer for lokale folkehelse tiltak for barn og unge, og det kan dermed antas at de involveres av andre enheter/ avdelinger, jfr. diskusjonen side 24 i Hofstad og Vestby (2009).

Tverrfaglige samarbeidsgrupper

Blant alle kommunene i Norge er det omlag hvalparten som har etablert tverrfaglige samarbeidsgrupper. I Helse i plan-kommunene var det drøyt 60 % som hadde dette. I kommuner som har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen var andelen enda høyere: 65 %.

Etablering av tverrfaglige samarbeidsgrupper kan ses som et virkemiddel for å forankre arbeidet og sikre gjennomføring av tiltak med hjelp av ulike profesjoners og sektors virkemidler. Samtidig kan det være et uttrykk for at ulike fagfolk og sektorer "melder seg på" samarbeidsgrupper rundt folkehelsearbeid fordi de jobber med tema som faller inn under den store "paraplyen" folkehelse. Dette kan føre til at folkehelsearbeidet favner flere ulike type tema.

Våre analyser viser at av de 112 kommunene som har tverrfaglig samarbeidsgrupper er det 66 % som arbeider med mer enn fem temaer, altså to av tre. I kommuner som ikke har tverrfaglige arbeidsgrupper er det imidlertid bare 34 % som har så mange temaer framme i sitt folkehelsearbeid. Mange folkehelse tema er altså dobbelt så vanlig i kommuner der de har etablert tverrfaglige samarbeidsgrupper. Det kan tyde på at enhetene som samarbeider bringer inn sine temaer i gruppene og at samarbeidet i seg selv styrker og fremmer folkehelse.

Tabell 4-3 viser hva slags tema som i størst grad inngår i de tverrfaglige samarbeidsgruppernes arbeid. Vi ville dessuten vite om det er forskjellige tema avhengig av om målgruppen er hele befolkningen eller om tiltakene er rettet spesielt mot barn og unge.

Tabell 4-3 Tverrfaglige grupper og tema det samarbeides om. Prosent N=112

	Tverrfaglige grupper		
	Tema det samarbeides om	Ja	Nei
Hele befolkningen	Grøntområder	67	33
	Universell utforming	39	61
	Rus	38	62
Barn og unge	Ernæring	71	29
	Rus	57	43
	Tobakk	52	48
	Fysisk aktivitet	41	59

De viktigste observasjonene i denne tabellen er:

- Det samarbeides tverrfaglig særlig om ernæringsspørsmål for barn og unge og om grøntområder for hele befolkningen, om lag 70 % av alle samarbeidsgrupper oppgir arbeid med disse temaene.
- Det samarbeides om flere temaer når målgruppen er barn og unge enn når målgruppen er hele befolkningen.
- Ernæring er det temaet flest folkehelsekoordinatorer oppgir at det samarbeides om mot barn og unge, dernest oppgis det at det samarbeides om rus og tobakk. Dette er langt på vei i tråd med prioriterte satsingstema på nasjonalt plan.
- Det samarbeides lite om fysisk aktivitet; under halvparten av de tverrfaglige gruppene har dette som tema. Dette kan tyde på at fysisk aktivitet oppleves som mindre relevant for tverrfaglig samarbeid, for eksempel fordi det defineres som en sektors spesifikke ansvar.

Når vi sammenholder disse funnene med data om hva kommuner uten slike tverrfaglige grupper jobber med, finner vi for eksempel at det er klart mer vanlig å arbeide med ernæring og tobakk når man har etablert tverrfaglig samarbeid. Men når det gjelder rusforebygging rette mot barn og unge viser det seg å være nesten ingen forskjeller mellom de to kategoriene av kommuner. Forklaringen kan være at rusforebygging er et tema som i en viss grad "inviterer" til samarbeid på tvers av profesjoner og sektorer, uansett om samarbeid formaliseres eller ikke.

Ser vi denne tabellen i sammenheng med antakelsen som ble satt fram over; at samarbeid styrker og fremmer folkehelse kan den nyanseres til at samarbeid styrker folkehelsetiltak i hovedsak for barn og unge, og først og fremst innenfor temaet ernæring.

4.2. FOLKEHELSETEMA I KOMMUNE- OG ØKONOMIPLANER

Her vil vi ta utgangspunkt i funnene som ble presentert i underveisrapporten og ta dette et skritt videre gjennom å undersøke i hvilken grad utvalgte folkehelse temaer er vertikalt forankret i planene. Det vil si at vi tar utgangspunkt i ett og ett folkehelse tema og kopler dette til de fire plantypene kommuneplanens samfunnsdel, kommuneplanens arealdel, kommunedelplaner/temaplaner og økonomiplanen. På den måten får vi innblikk i hvilken grad et tematisk fokus i én plantype også har relevans for prioriteringene i andre plantyper. Videre vil vi se nærmere på integreringen av folkehelse i økonomiplanen. I økonomiplanen prioriteres kommunens ressursbruk, og planen har derfor stor betydning for kommunens virksomhet. Prioritering av folkehelse temaer i økonomiplanen kan derfor bidra positivt til kommunens folkehelsearbeid.

I underveisrapporten delte vi de 16 folkehelse temaene i surveyen inn i fire kategorier. I Tabell 4-4 viser vi hvordan de 16 temaene er fordelt på de fire kategoriene.

Tabell 4-4 Folkehelse temaer fordelt på fire kategorier (planleggerundersøkelsen)

Folkehelse tema i undersøkelsen	
Kjernen	Tobakk, ernæring, fysisk aktivitet, sosial ulikhet i helse, mental/psykisk helse, rusforebygging
Rutiniserte aktiviteter	Miljørettet helsevern, smittevern, tannhelse
Underliggende/ fysiske temaer	Universell utforming, grønt friluftsområder, samordnet areal- og transport
Helsefremmende/ samfunnsutviklende temaer	Kultur og helse, sosiale og fysiske møteplasser, trygghets- og kriminalitetsforebygging, skade- og ulykkesforebygging

Underveisrapporten viste at fysisk aktivitet var det temaet som hadde størst gjennomslag i de kommunale planene. I kommuneplanens samfunnsdel, i delplaner/temaplaner og i økonomiplanen var dette det temaet som var mest fokusert, både blant Helse i Plan kommuner og i andre kommuner. I arealdelen oppnådde ikke fysisk aktivitet samme oppmerksomhet. Her var mer tradisjonelle plantemaer viktigst. Et annet trekk som ble framhevet var folkehelse temaenes lave score i økonomiplanen. Dette gjaldt både Helse i Plan kommunene og andre kommuner. I de videre analysene av det statistiske materialet har vi undersøkt i hvilken grad folkehelse temaene forankres på tvers av de fire planene. Tanken er at temaer som er forankret i flere typer planer, har større mulighet for å bli realisert.

Tabellen under viser gjennomsnittlig forankring for de ulike temaene. Her har vi konstruert en additiv indeks for hvert av temaene. Hver kommune får en verdi mellom 0 og 4 på de forskjellige temaene, der 0 betyr at temaet ikke er med i noen av de planene vi spurte om mens 4 betyr at det er med i alle de fire plantypene. Høyere verdi betyr dermed at temaet er forankret i flere planer.

Det temaet som har høyest gjennomsnittlig skåre er grønt/friluftsområder. Det betyr at dette er det temaet som er med i flest plantyper. De kommunene som har svart på spørsmålene har altså dette temaet med i gjennomsnittlig 1,7 planer (av 4 mulige). På den andre siden ser vi at temaer som tobakk, ernæring, sosial ulikhet og tannhelse er med i færrest planer. Dette er altså temaer som ikke er like integrert i planene.

Tabell 4-5 Gjennomsnittlig antall planforankringer etter tema. Additiv indeks.

Folkehelse tema	Planforankring i gjennomsnitt
Grønt-/friluftsområder	1,7
Fysisk aktivitet	1,3
Samordnet areal- og transport	1,2
Universell utforming	1,1
Sosiale og fysiske møteplasser	1,1
Skade- og ulykkesforebygging	0,9
Kultur og helse	0,9
Rusforebygging	0,9
Miljørettet helsevern	0,9
Mental helse	0,8
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	0,6
Smittevern	0,6
Sosial ulikhet	0,4
Ernæring	0,4
Tobakk	0,3
Tannhelse	0,2

Undersøkelsen viser at ¼ av norske kommuner har integrert grønt- og friluftsområder i kommunale planer. For sosial ulikhet, ernæring og tobakk - alle helt sentrale mål i folkehelsepolitikken - er det omvendt: kun ¼ av kommunene har integrert disse temaene i kommunale planer. Videre har 2/3 av kommunene integrert fysisk aktivitet i planene, mens om lag 60 % av kommunene har integrert samordnet areal og transport, universell utforming, sosiale og fysiske møteplasser og rusforebygging som mål for en eller flere av sine planer. Mental helse, miljørettet helsevern, kultur og helse og skade- og ulykkesforebygging er et tema i planleggingen i noe over halvparten av kommunene, mens både smittevern og trygghets- og kriminalitetsforebygging er integrert i under halvparten av kommunenes planer. Minst aktuell synes tannhelse å være, kun 12 prosent av kommunene har tannhelse som tema i sine planer.

Videre er det interessant å undersøke om det er en kopling mellom de ulike temaene. Her vil vi konsentrere oss om samfunnsdelen. Nærmere bestemt ser vi om forankring av for eksempel fysisk aktivitet er koplet til forankring også av andre temaer. Dette har vi gjort gjennom en faktoranalyse av temaene i samfunnsdelen der faktoren varierer mellom 1 og 0. Analysen viser at ingen av temaene er meget sterkt koplet, men det er en tendens til at temaer med fysisk relevans relateres til hverandre gjennom en felles forankring i samfunnsdelen:

- De tradisjonelle plantemaene grønt- og friluftsområder, samordnet areal- og transport og universell utforming
- De samfunnsutviklende temaene skade- og ulykkesforebygging, trygghets- og kriminalitetsforebygging og sosiale og fysiske møteplasser
- Kjernetemaet fysisk aktivitet

Hvis alle planene sees under ett er det temaer med fysisk relevans som er sterkest integrert i planleggingen. Flere av dem er sentrale ikke bare i folkehelsepolitikken, men er også grunnleggende i forhold til arbeidet med miljø og bærekraftig utvikling, også det et viktig mål for kommunal planlegging. Grønt- og friluftsområder er leveområder for dyr og planter og samordnet areal- og transportplanlegging begrenser bilbruken. Samtidig øker et godt kollektivtilbud, tilrettelagte gang- og sykkelstier og tilgjengelige grøntområder muligheten for å drive fysisk aktivitet. Folkehelse- og miljøarbeidet har med andre ord sammenfallende interesser og det er derfor et potensial for å se helse- og miljøarbeidet i sammenheng. Særlig gjelder dette fysisk aktivitet og de tradisjonelle, fysiske temaene i planleggingen nevnt over. I tillegg viser faktoranalysen over at det ligger en kime til utvikling av en planlegging der en legger til rette for aktivitet, gjennom tilgjengelige arealer for fysisk aktivitet kombinert med forming av fysiske omgivelser med vekt på å skape levende og trygge bomiljøer. Vi vil se nærmere på koblingen av folkehelse og bærekraftig utvikling under.

Undersøkelsen viser også at bortsett fra fysisk aktivitet, er det først og fremst rusforebygging og mental helse av kjernetemaene i folkehelsepolitikken som så langt er mest relevant i kommunal planlegging. I den andre enden av skalaen finner vi tannhelse, tobakk, ernæring og sosial ulikhet som alle er lite integrert i de aktuelle planene. I forhold til disse temaene synes det ikke som de ansvarlige for folkehelse har lyktes med å kanalisere disse temaene inn i de kommunale planprosessene ennå. Det bør imidlertid påpekes at både rusforebygging og mental helse som forebyggende folkehelsearbeid på sikt også vil kunne ha betydning for mønstre for sosial ulikhet i helse. Dette gjelder flere tema, og særlig kommunenes satsing på barn og ungdom vil kunne få effekt. Det virker som temaet 'sosial ulikhet i helse' er vanskelig å operasjonalisere, og at veien går om mer konkrete innsatsområder der en vet at det er relativt store sosiale ulikheter (som for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, mental helse, rus).

Kopling mellom folkehelse, og miljø og bærekraftig utvikling

Både som målsetting og arbeidsform har folkehelse mye til felles med bærekraftig utvikling. Begge begrepene er relativt vage og krever videre operasjonalisering for å være håndterbare på lokalt nivå. Videre krever de samarbeid på tvers av sektorer og mellom ulike aktører, både offentlig ansatte og politikere, næringslivet og frivillige organisasjoner og enkeltindivider (WHO, 1986; FN, 1992). Samtidig er det slik at folkehelsearbeid kan ha positive miljøeffekter og omvendt. Miljøproblemer som luftforurensning og støy påvirker helsen. Samtidig er det slik at tilgjengelighet til natur skaper rom for rekreasjon og fysisk aktivitet. Gjennom å kople folkehelsearbeidet med miljø og bærekraft kan synergieffekter oppnås og kanskje også bidra til et sterkere fokus på forebygging og det å utforme en politikk som er føre - var. Norsk nettverk for helse- og miljøkommuner arbeider for en helhetlig planlegging og styring der helse og miljø sees i sammenheng (Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner, 2010).

I surveyen har vi spurt kommunene om folkehelse og miljø / bærekraftig utvikling nevnes som eget punkt i kommuneplanens samfunnsdel. Tabellen under kopler de to spørsmålene.

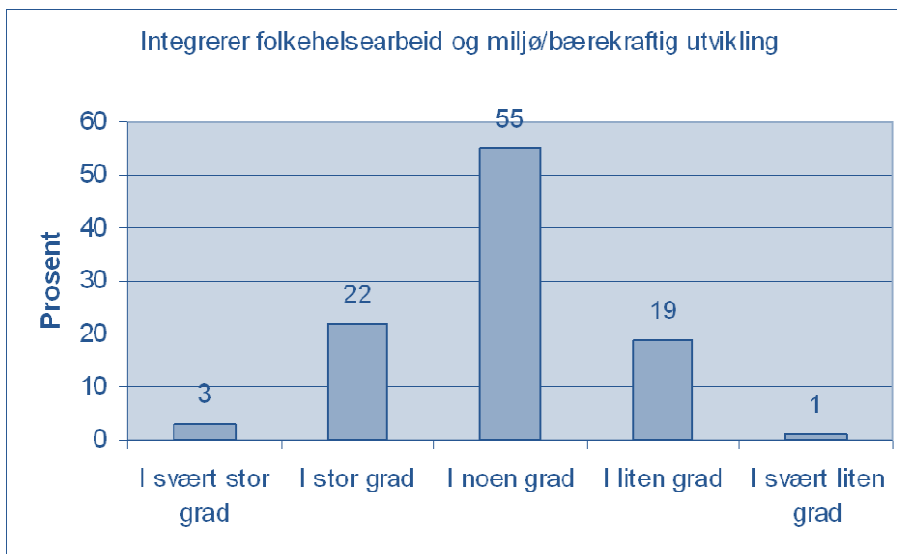
Tabell 4-6 Folkehelse og miljø/bærekraft som eget punkt i kommuneplanens samfunnsdel. N=213.
Prosent (hele tall i parentes). Planleggerundersøkelsen.

Miljø og bærekraftig utvikling i samfunnsdel				
Folkehelse i samfunnsdel	Ja	Nei	Vet ikke	Total
Ja	51 (108)	5 (11)	3 (6)	59 (125)
Nei	17 (37)	12 (26)	2 (5)	32 (68)
Vet ikke	3 (7)	0 (0)	6 (13)	9 (20)
Total	71 (152)	17 (37)	11 (24)	100 (213)

59 prosent av kommunene har folkehelse som eget punkt i samfunnsdelen, mens det tilsvarende tallet for miljø/bærekraft er 71 prosent. 51 prosent av kommunene har både miljø/bærekraftig utvikling og folkehelse som eget punkt i kommuneplanens samfunnsdel. I halvparten av kommunene er det med andre ord et potensial for å kople arbeidet med disse målsettingene. Vi har derfor bedt kommunene vurdere i hvilken grad det lokale folkehelsearbeidet koples til kommunens arbeid med miljø og bærekraftig utvikling. Diagrammet under viser planleggenes vurdering av dette spørsmålet.⁴

⁴ Både planleggere og folkehelsekoordinatorer fikk dette spørsmålet. Det var imidlertid små forskjeller mellom planleggenes og folkehelsekoordinatorenes svar, derfor er kun planleggenes svar gjengitt.

Diagram 1 Koples folkehelsearbeidet til arbeidet med miljø og bærekraftig utvikling? N=215



Planleggernes svar tyder på at det å kople arbeidet med bærekraftig utvikling og folkehelse i en viss grad er kommet på dagsorden, men at det fortsatt er et u-utløst potensial her. I over halvparten av kommunene er disse tema kopleet i noen grad, mens det enda bare er 26 prosent av kommunene som har kopleet dem i svært stor eller stor grad. Dette kan ses som uttrykk for et noe svakt fokus på synergieffekten mellom disse to målsettingene, noe som kan ha flere årsaker som vi ikke kjenner med sikkerhet. Det kan være uttrykk for usikkerhet i forhold til kommunens status på området, eller det kan være at kommunen ikke har hatt oppmerksomhet om dette. Videre kan det være uttrykk for manglende samarbeid mellom de som arbeider med miljø og bærekraft og de som arbeider med folkehelse. Å kople hensynet til folkehelsen med målsettinger innenfor miljø og bærekraft krever trolig sterkere koordinering mellom ulike fagområder både lokalt, regionalt og nasjonalt.

Folkehelse temaer i økonomiplanen

Ett forhold det er grunn til å se nærmere på, er hvorvidt og i hvilken grad folkehelse tiltak er sikret gjennom forankring i økonomiplanen. Økonomiplanen inkluderer handlingsplaner med budsjett, og er således et uttrykk for i hvilken grad kommunen sikrer gjennomføring av tiltak som fordrer bevilgninger. Økonomiplanen rulleres årlig, men omfatter minst de fire kommende budsjettårene. I underveisrapporten viste vi at ingen folkehelse temaer skilte seg ut med høy score (mer enn 50 prosent) når det gjelder forankring i økonomiplanen. Heller ikke i Helse i Plan kommuner. Men vi vil se på de folkehelse tema som det generelt i kommunene er mest utbredt å ha kommunedelplaner/temaplaner for, og se på om disse sikres gjennom økonomiplanen. Når kommunene lager egne kommunedelplaner/temaplaner, kan dette være uttrykk for at de ønsker å satse spesielt på det enkelte tema. Unntaket er planer de er pålagt å lage, som for smittevern og mental helse. Det er imidlertid usikkert om planleggere, som er respondentene på disse spørsmålene om planforankring, er inneforstått med forpliktelsen til å lage handlingsplan/temaplan for arbeid med mental helse. Totalt sett oppgir omlag 1/3 av kommunene at de har delplaner/temaplaner som også er forankret i økonomiplanen. Ni folkehelse tema får middels score, dvs. at det er mellom 25 % og 50 % som har oppgitt at de lager egne del-/temaplaner for.

Tabellen nedenfor viser hvilke folkehelse tema som det er laget delplan/temaplan for som også er forankret i økonomiplanen.⁵ Kolonnen til høyre viser andel kommuner av alle (N= 224) som oppgir å ha laget delplaner for

⁵ Se også tabell 4.4 i Hofstad og Vestby (2009)

de enkelte tema). Realisering av tiltakene og satsingene i delplanene avhenger langt på vei av at det finnes økonomiske ressurser. Er de **også** forankret i økonomiplanen? Kolonnen til venstre viser hvor stor prosentandel blant de som faktisk har laget delplan/temaplan som svarer ja på at de også har økonomiforankring. N varierer da for hvert tema. Av de 85 som har laget delplan for grønt-/friluftsområder er det altså 42 prosent som har forankret temaet i økonomiplanen.

Tabell 4-7 Folkehelse tema det er laget delplan/temaplan for, samt økonomiplan. Rangert etter andel som har nedfelt folkehelse tema både i delplan/temaplan og økonomiplan. Alle kommuner. Prosent.

Andel som har delplan/temaplan OG økonomiplan	Tema	Andel som har delplan/temaplan N=224
42 (N=85)	Grønt-/friluftsområder	38
42 (N= 86)	Mental helse	38
40 (N= 58)	Kultur og helse	26
39 (N= 88)	Rusforebygging	39
36 (N=62)	Miljørettet helsevern	28
33 (N=58)	Sosiale og fysiske møteplasser	26
33 (N=101)	Fysisk aktivitet	45
26 (N=66)	Skade- og ulykkesforebygging	29
17 (N= 83)	Smittevern	37

Denne rangerte oversikten viser at de tema som er best sikret gjennom både egen delplan og økonomisk forankring dels er rettet mot hele befolkningen som forebyggende tiltak, og dels er rettet mot forebygging og/eller rehabilitering mot utsatte grupper. Grønt - og friluftsområder er det folkehelse tema som det er mest vanlig å ha sikret både gjennom egen delplan/temaplan og gjennom økonomiplan. Dette er for øvrig et tema som kommunene uansett har jobbet med å sikre, men som nå kommer under paraplyen folkehelse. Det kan i stor grad dreie seg om sikring av arealer, eller opparbeiding av arealer, noe som representerer økonomiske utgifter for kommunene. Selv om fysisk aktivitet er det tema som flest kommuner oppgir de har laget delplan/temaplan for (45 %), så ser vi at dette i langt mindre grad er inne i økonomiplanen: Av de 101 kommunene som har laget delplan/temaplan for fysisk aktivitet, er det bare 33 % som samtidig har forankret dette i økonomiplan.

Det er verdt å merke seg de tre temaene mental helse/kultur og helse/rusforebygging. Rundt 40 % av kommunene som har delplaner for disse tema har forankret disse i økonomiplanen. Dels er dette tiltak som rettes mot spesielle grupper, dels vil vi anta at det er overlappinger her og at arbeidet i alle disse tre kategoriene til syvende og sist kommer samme grupper til gode. For eksempel er mye av kommunenes arbeid med mental helse og psykiatri rettet mot folk som også har rusproblemer, og rusforebyggende tiltak kan ses i lys av å redusere rekruttering eller problemforsterking. Tiltak i kategorien 'kultur og helse' er sannsynligvis også en viss overlapp mot mental helse.

5. HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE

I begge underveisrapportene, ble Partnerskap for folkehelse og Helse i plan for det meste presentert hver for seg. Etter å ha erfart at de fleste av informantene våre i liten grad skilte mellom de to tiltakene, har vi denne gangen valgt å framstille data for begge tiltaka samlet. Der informasjonen skiller seg ut ved å gjelde det ene tiltaket mer enn det andre, blir dette spesifisert. Vi ser også data fra underveisrapporteringa i sammenheng med de nye dataene.

I dette kapitlet tar vi for oss status på tema som

- organisering av Partnerskap og Helse i plan
- Partnerskap og Helse i plan som verktøy i folkehelsearbeidet
- endringer i arbeidet, både på aktørsida og måter å jobbe på
- integrering av kommunale sektorer
- integrering av ulike tema er i praktisk arbeid, hvordan kunnskapsgrunnlaget er integrert i arbeidet, og hvorvidt folkehelse ser ut til å være integrert i kommune- og økonomiplaner

5.1. ORGANISERING AV HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP

På regionalt nivå, er ansvar for arbeidet med Helse i plan og Partnerskap lagt til en folkehelsekoordinator, forhelserrådgiver eller lignende. I enkelte tilfeller er ansvaret delt mellom fylkeskommunen og fylkesmannen, men dette er unntaksvis. I Tabell 5-1 har vi oppsummert hvilken organisatorisk plassering vedkommende har i de fylkene, oversikten er hentet fra Bergem m.fl. (2009). Oversikten viser at tre alternativer går igjen:

- I stab hos fylkesdirektør/-rådmann
- I kulturavdeling
- I avdeling for regional utvikling

Tabell 5-1 Organisatorisk plassering av folkehelsekoordinator/folkehelserrådgiver på regionalt nivå.

Fylke	Organisatorisk plassering
Agderfylkene Rogaland Hedmark	Fylkesrådmann/fylkesdirektør (stab e.l.)
Telemark	Avdeling for plan og strategi – folkehelsesteam (er under omorganisering)
Buskerud	Utviklingsavdelinga
Oppland	Avdeling for kultur og idrett - folkehelse
Akershus	Avdeling for regional utvikling (folkehelsesteam)
Oslo	Helse- og velferdsetaten (byrådsavdeling for velferd - og sosiale tjenester)
Vestfold	Kultur- og folkehelse (tidligere i avdeling for tannhelse)
Østfold	Regional utvikling – seksjon for folkehelse/Østfoldhelse
Hordaland	Strategi- og næringsavdelinga – har også tverretattlig folkehelsegruppe
Møre og Romsdal	Kulturavdelinga (seksjon for folkehelse og fysisk aktivitet - God helse)
Sogn og Fjordane	Regionalavdelinga - plan og samfunn
Sør-Trøndelag	Enhet for regional utvikling, Kulturutvikling - idrett og folkehelse
Nord-Trøndelag	Avdeling for tannhelse og folkehelse
Nordland	Kultur- og miljøavdelinga (seksjon for fysisk aktivitet og folkehelse). Folkehelsesteam med representanter frå flere avdelinger.
Troms	Kulturetaten - avdeling idrett og folkehelse
Finnmark	Kultur- og idrettsavdelinga - folkehelse

Når det gjelder organisering av folkehelsearbeidet generelt, og arbeidet med partnerskap og Helse i plan spesielt, er det ikke mulig å oppsummere det på samme måte for kommunene. Folkehelsekoordinatoren er plassert på alle nivåer i organisasjonene, fra rådmannens stab til ute i avdelingene. Mens vi ser at ansvaret for arbeidet på regionalt nivå er konsentrert om noen få typer avdelinger, er arbeidet på kommunenivå spredt i alle typer enheter/avdelinger. Vi har ikke grunnlag for å si at plassering i noen avdelinger er å foretrekke framfor andre. Når det gjelder plassering sentralt, eller langt ute, i organisasjonen, kommer vi tilbake til det seinere i rapporten. For detaljer og diskusjon rundt organisering av arbeidet med Partnerskap og Helse i plan, se underveirsrapporten fra Bergem m.fl (2009).

5.2. HELSE I PLAN OG PARTNERSKAPSMODELLEN SOM VERKTØY I FOLKEHELSEARBEIDET

HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP VURDERT SOM VIKTIGE VERKTØY

Både på fylkes- og kommunenivå, skiller en i liten grad på de ulike begrepene eller tiltakene i folkehelsearbeidet. Ettersom alle Helse i plan-kommuner vi har i utvalget også er Partnerskapskommuner, ser det ut til at både fylker og kommuner ser Helse i plan som en del av sitt partnerskapsarbeid. Koordinatorene på begge nivåene er jevnt over mer opptatt av det totale folkehelsearbeidet, enn av å skille mellom arbeid innfor Partnerskap og Helse i plan. Gjennom det kvalitative materiale får vi inntrykk av at også fylker og kommuner som ikke er med i Helse i plan, prøver å legge til rette for at kommunene skal trekke folkehelseperspektivene inn i planarbeidet. De mener likevel det er viktig å avklare hva som ligger i selve partnerskapsbegrepet, og hva ulike aktører fra ulike nivåer legger i begrepet, fordi det har betydning for måten en jobber på. Fokus på likeverdige partnere, kan være vanskelige både regionalt og lokalt. Flere av informantene i kommunene opplever det som et paradoks at en kaller samarbeidet for partnerskap, samtidig som fylkeskommunen ensidig setter krav innholdet i partnerskapsavtalene. Særlig i den grad fylkeskommunen setter svært detaljerte krav til satsingsområder og innholdet i partnerskapsavtalene. I tillegg forvalter fylkeskommunen økonomiske virkemidler, som det også er knyttet spesifikke krav til. Lokalt forvalter kommunene økonomiske virkemidler, og har anledning til å stille krav til sine samarbeidspartnere (som sjelden kalles partnere i et partnerskap). Men i motsetning til fylkeskommunen overfor kommunene, er kommunene ofte tilbakeholdende med å stille veldig spesifikke krav til for eksempel frivillige organisasjoner. Unntaket er når lag og organisasjoner mottar økonomiske midler, hvor kommunene selvfølgelig forutsetter at disse benyttes etter avtale.

Det er flere som peker på at partnerskapsarbeidet (og Helse i plan) først og fremst er organisasjons- og metodeutviklingsarbeid. Dersom er ikke får til endringer i fylkes- og kommuneorganisasjonene, for eksempel når det gjelder kommunikasjonslinjer, beslutninger med mer, lykkes en heller ikke med det praktiske, aktivitetsfokuserede folkehelsearbeidet. For å få dette til etterlyser mange både regionalt og lokalt at det opprettes partnerskap også på statlig nivå. Det blir stilt spørsmål ved om ikke Helsedirektoratet, Utdanningsdirektoratet, Miljøverndepartementet, Arbeids- og velferdsdirektoratet, Kommunal – og regionaldepartementet og andre, bør samarbeide på folkehelsefeltet, og komme med entydige styringssignaler på tvers av egne fag- og sektorskillelinjer?

Generelt etterlyser folkehelsekoordinatorene klarere mandat for arbeidet sitt, noe som kan tyde på at verken fylkes- eller kommunenivået formidler tydelig nok hva de vil med dette arbeidet. Som vi skal se, er det likevel en klar oppfatning blant koordinatorene at både Helse i plan og Partnerskap er en god metode å jobbe etter.

Fylkesnivået

Fylkeskommunene har, i følge Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet, ansvaret for å være pådrivere for og samordne folkehelsearbeidet i fylket. Det skal blant annet skje gjennom etablering av

partnerskap. Fylkeskommunene har valgt noe ulik strategi for å gjennomføre dette arbeidet og mens noen inviterer alle kommunene innenfor sitt geografiske område til samarbeid i partnerskap velger andre å samarbeide selektivt med utvalgte kommuner. I surveyen som ble sendt alle norske kommuner, er det 65 % av de 231 kommunene som har svart, som oppgir at de har inngått i partnerskap med fylkeskommunen om folkehelse, 22 % har ikke gjort det, mens 18 % er inne i etableringsprosessen (Hofstad og Vestby 2008).

Det er lite trolig at fylkeskommunen i utgangspunktet velger bort de små kommunene som relevante samarbeidspartnere på feltet. Intuitivt er det tvert om grunn til å tro at små kommuner i større grad enn store kommuner har behov for å inngå i partnerskap med fylkeskommunen fordi de selv har mindre ressurser å bidra med til folkehelsearbeidet. Fylkeskommunene kan ta initiativet til flere typer partnerskap og både institusjonelle og operative partnerskap framstår som aktuelle for kommunene, også de små kommunene. Slike partnerskap forutsetter imidlertid gjensidighet og høg grad av formalisering, samt bindende og konkrete planer for tiltak og aktiviteter. Dette er trolig en viktig årsak til at små kommuner skårer dårlig med hensyn på å inngå i partnerskap med fylkeskommunen; små kommuner har liten administrativ kapasitet og dermed velger de trolig selv bort samarbeid med fylkeskommunen angående folkehelse. Liten administrativ kapasitet medfører også at det ofte er lite fagkunnskap å trekke veksler på (Myrvold, 2001) og at den fagkunnskapen som er representert i kommunene dermed har mye ansvar i utgangspunktet.

Hofstad og Vestby (2008) viste at fylkeskommunen i større grad bidro med veiledning og rådgivning, skoling og kompetanseoppbygging, samt samlinger og nettverksbygging overfor kommuner som hadde inngått partnerskap enn overfor kommuner som ikke hadde det. Slike aktiviteter der kommunene kan delta og bygge opp sin kompetanse viser at fylkeskommunen forplikter seg i det operative partnerskapet. Som sitatet nedenfor viser er partnerskapet likevel gjensidig på den måten at fylkeskommunene trenger andre aktører, det gjelder også for kommunene, for å få gjennomført sine oppgaver på folkehelsefeltet.

Uten partnerskapsarbeidet hadde vi ikke fått til noe (koordinator fylkesnivå).

Jeg synes det (partnerskap) er en fin modell for å synliggjøre at vi har et felles ansvar (...) Vi arbeider i dette grenselandet, gråsonene, alle sammen, og det utvider forståelsen av et felles samfunnsansvar (koordinator fylkesnivå).

Folkehelsekoordinatorene i fylkene peker på at plasseringa koordinatoren får i organisasjonen, både i fylkeskommunen og i kommunen, er avgjørende for hvilken rolle vedkommende kan spille. En sentral plassering på ledernivå i organisasjonen, gir status og øker prestisjen til funksjonen, og kan bidra til større gjennomslagskraft i ulike sektorer. Som vi så på side 30, varierer det veldig hvor i organisasjonen ansvaret for Helse i plan og Partnerskap er plassert. Flere fylker og kommuner har vært gjennom organisasjonsendringer de siste årene, og har følt på kroppen hvor stor betydning det har å miste eller få tilgang til for eksempel tverrfaglige arenaer nær fylkesrådmannsnivået. For fylkene har også plassering av koordinatorstillingen i egen organisasjon stor betydning for i hvor stor grad koordinatorene i fylket kan overtale kommunene til å arbeide for en sentral plassering av deres koordinatorstilling: *"Jeg får ikke til å gå inn i kommunen og snakke varmt om sentral plassering, når vi ikke har fått det til hos oss sjøl"* (koordinator, fylkesnivå). Sentral plassering i organisasjonen kan også gjenspeile graden av forankring i politisk og administrativ ledelse, og kan på den måten også være et mål på hvor stor "entusiasme" kommunen generelt har overfor folkehelsearbeidet.

På samme måte er det flere som føler at det er vanskelig å jobbe med tverrfaglige tema overfor kommunene, når de ikke har et tverrfaglig samarbeid og mandat fra egen organisasjon i ryggen. Fylket sin rolle som utviklingsaktør blir også påvirket av dette. Det er også knyttet usikkerhet til hvordan fylkene skal forholde seg til at Folkehelseloven pålegger fylkene ansvar for å ha oversikt over folkehelsestilstanden i fylket. Uklare signaler fra Helsedirektoratet på dette, kan også bidra til at utviklingsrollen som fylket kan spille, blir mer uklar.

På fylkesnivå har folkehelserådgivere og -koordinatorene sett at arbeidet med Helse i plan og Partnerskap har hatt en effekt på folkehelsekompetansen både i administrasjonen og hos politikerne i kommunene, den er generelt hevet de siste par årene.

Fylkene prøver selv å tenke helhetlig og sektorovergripende i sitt planarbeid. I to av fylkene er folkehelsekoordinatoren involvert i fylkeskommunen sitt strategiske arbeid gjennom regional planstrategi. Likevel har enkelte koordinatorene måttet jobbe hardt og langsiktig for å få innpass i de rette planforaene i fylket: *(Jeg) har måttet stått på for å komme inn på ulike arenaer, for eksempel i planforum (koordinator fylkesnivå)*. Folkehelsekoordinatorene ønsker seg tilgang til alle planfora. De ønsker seg noen som ivaretar folkehelseperspektivet i alle planfora, og overfor kommunene i deres planarbeid. Mange hevder at det ikke er nødvendig at folkehelsekoordinatoren selv deltar, men vil gjerne få oppnevne en representant. Ny Plan og bygningslov har bidratt positivt til å lette tilgangen til slike arenaer.

En av koordinatorene på fylkesnivå er klar på at Helse i plan forutsetter at en gir hverandre innsyn på tvers av nivåer og sektorer/etater, og kommuniserer på en annen måte en tidligere. Vedkommende hevder også at det er lite kunnskap om hvordan slike planprosesser bør gjennomføres rundt i kommuner og fylker. Enkelte har innhentet plan- og prosesskompetanse, og prøver å spre dette ut i kommunene, men opplever at det fortsatt er mangelfullt. Enkelte hevder også at måten kommuner og fylkeskommuner er organisert på, står i veien for samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene: *”de hierarkiske strukturene kommer i veien. Og det gjør samarbeid med særlig Fylkesmannen vanskelig, de er mer på tilsyn enn på dialog (koordinator fylkesnivået)*. Som i arbeidet med partnerskap, blir Helse i plan betraktet som et organisasjonsutviklingsarbeid. Det gjør også arbeidet med å skape mer eller mindre likeverdige forhold til kommunene gjennom partnerskap, vanskelig. Det faktum at fylket ikke har instruksjonsrett overfor kommunene på helse-/folkehelsefeltet forsterker følelsen av at den hierarkiske måten en tradisjonelt har handlet på, må opphøre, og at en må forholde seg til kommunen på en mer likeverdig måte. Det betyr for eksempel at en gjennom partnerskapsavtalene ikke ensidig kan kreve eller pålegge kommunene bestemte oppgaver, men må være i dialog om dette.

På fylkesnivå ser koordinatorene at kommunene strever en del med å finne gode måter å forankre og organisere arbeidet på. En av koordinatorene peker på at disse utfordringene forstørres når kommunen i utgangspunktet har vansker knyttet til intern organisering. Kommunene har fremdeles ikke kompetanse på integrering og helhetstenkning som Helse i plan legger opp til. Fylkene prøver å se arbeidet med partnerskap og Helse i plan mest mulig i sammenheng.

Mange mener at partnerskapene må videreutvikles framover. En av hovedutfordringene i er å få partnerskapene til å angå ikke bare enkeltpersoner, men hele organisasjoner. Partnerskap blir sårbare, dersom de avhenger av enkeltpersoners entusiasme, noe som gjelder både offentlige og private partnere. Partnerskapsarbeidet forutsetter også aktive partnere, slik at arbeidsformen også er sårbare for aktører som ikke prioriterer arbeidet særlig høyt.

Mange koordinatorene i fylkene, mener at folkehelsearbeidet og partnerskapene ser ut til å styrke fylkeskommunen sin rolle som medspiller og inspirator, og i sin tur som regional samfunnsutvikler. De anser at folkehelsearbeidet også er viktig for kommunen sin rolle som utviklingsaktør. En koordinator påpeker at det helhetlige og tverrfaglige tankegodset som ligger i Helse i plan, burde overføres på alle andre områder, slik at det tverrfaglige går igjen som overordna trekk ved organisasjonen.

Fra fylkesnivå blir det stilt spørsmålstegn ved hvor bredt folkehelsebegrepet skal favne. Som eksempel nevnes at det ser ut til at Helsedirektoratet har trukket inn miljørettet helsevern i folkehelsearbeidet, og det blir stilt spørsmålstegn ved om dette er riktig. Også i Høgskolen i Vestfold sin veileder for Helse i plan er også fokusert på miljøretta helsevern. Flere ønsker seg en avklaring på om ”alt” kan være folkehelsearbeid, eller om en kan vinne på å være noe smalere i tilnærmingen til arbeidet.

Kommunene

Folkehelsekoordinatorene i kommunene peker også på hvor avgjørende folkehelsearbeidet sin plassering i kommuneorganisasjonen er. Det gjelder både ansvaret for folkehelsearbeidet i sin helhet, og koordinatorstillinga spesielt. Mange opplever at jo høyere opp i hierarkiet koordinatorfunksjonen er plassert, jo større fokus får folkehelsearbeidet, både administrativt og politisk. Selv om mange opplever at kunnskapsnivået på folkehelsefeltet blant politikerne øker, er kunnskapsnivået stadig lavt. Det kan føre til beslutninger med kortsiktige perspektiver, noe som er en klar utfordring i folkehelsearbeidet. Enkelte opplever at det finnes liten vilje til å tenke at forebyggende arbeid kan føre til økonomiske besparelser på lang sikt. En av koordinatorne har derfor ansett det som viktig, og har brukt mye tid på å finne fram til nøkkelpersoner i organisasjonen som støtter opp under arbeidet, og som kan fungere som motvekt til eventuelle "propper" i systemet. Slike nøkkelpersoner kan like gjerne være uformelle ledere, som formelle, men er ofte av typen som "får ting gjort".

Trur partnerskapsmodellen er helt avgjørende, skal vi klare å ha et fokus på dette over tid, så er vi nødt til å ha noen i ryggen og som gir oss støtte. Både på det faglige, og på å holde det langvarige perspektivet. Det er vi avhengig av for å lykkes (koordinator kommune).

Flere av koordinatorne i kommunene bruker fremdeles en del tid på å definere sin egen rolle; skal de være aktivitetsskaper, støttespiller og motivasjonsskaper, kontrollør, pådriver i egen organisasjon, eller er det helt andre funksjoner som skal fylles? Partnerskapsavtalene kommunene har med fylkesnivået er ikke entydige på dette, og selv om koordinatorne er fornøyd med ikke å bli detaljstyrt, gir de også uttrykk for at det kan være en krevende balansegang mellom de ulike oppgavene som kan ligge til en slik funksjon.

Partnerskapsbegrepet som begrep er litt... altså når har man partnerskapsprosjekter og når har man samarbeid (koordinator kommune)?

Som med partnerskapsarbeidet, jobber mange kommuner fortsatt med å definere hva helse i plan-arbeidet skal eller kan innebære. Skal en bidra til at folkehelseperspektivene blir ivaretatt i alt planverk, eller skal en prøve å utforme egne kommunedelplaner? Og hvordan skal en jobbe fram den holdningsendring i administrativ og politisk ledelse, og blant planleggere, som de fleste mener må til for at dette arbeidet skal fungere? Noen folkehelsekoordinatorer er aleine om å ha ansvar for å implementere tankegodset fra Helse i plan og Partnerskap i kommuneorganisasjonen. Det fører til at de både skal jobbe praktisk med "kortsiktige" tiltak som aktivitetstilbud til utvalgte målgrupper, eller med å motivere frivillige lag og organisasjoner til å engasjere seg i folkehelsearbeidet. Samtidig skal de forsøke å jobbe med langsiktige, strategiske perspektiver og tiltak på mer overordna nivå i organisasjonen. De koordinatorne som har lave stillingsprosjekter satt av til folkehelsearbeidet, føler at det er vanskelig å strekke til på et så bredt spekter av strategier og arbeidsmåter. De som har små stillinger knyttet til helse i plan, har ikke anledning til å delta i alt planarbeid i kommunen, men når de har fått tilgang til disse arenaene, kan de oppnevne andre til å ivareta og fremme folkehelseperspektivene. Mange har kommet så langt at det regnes som naturlig at de er med på å sette sammen alle typer plangrupper.

Med usikkerhet knyttet til partnerskapsbegrepet, er det heller ikke helt klart for alle om det interne, tverrfaglige samarbeidet er partnerskap. Noen kaller det partnerskap, andre samarbeid. I den kvantitative undersøkelsen opererer vi med begrepet tverrfaglige samarbeidsgrupper når vi undersøker det horisontale samarbeidet i kommunenes administrasjon. Det gjør det mulig å fange både samarbeid som foregår i forbindelse med Helse i Plan og Partnerskapsarbeidet og annet tverrfaglig arbeid utenfor disse ordningene.

Som koordinatorne i fylkene, mener koordinatorne i kommunene at en i folkehelsearbeid generelt, og partnerskapsarbeid spesielt, må være preget av langsiktige perspektiver. Arbeidet kan sees som en modningsprosess, både for kommuneorganisasjonene og for eksterne aktører, der en skal "venne seg til" nye samarbeidsmåter og ny rollefordeling.

Folkehelsekoordinatorene på kommunenivået bruker i liten grad partnerskapsbegrepet ut mot sine lokale samarbeidspartnere, også når det gjelder avtalene som kommunene inngår for eksempel med frivillige organisasjoner. I stedet bruker de samarbeid, samarbeidsavtaler og intensjonsavtaler. Dette var også tilfelle da vi snakket med folkehelsekoordinatorene ett år tidligere. Slik sett har ikke bruken av begrepet *partnerskap* endret seg, heller ikke hvilke tanker koordinatorene gjør seg om bruken av det. Med tanke på en løpende diskusjon av innholdet i begrepene, ser de færreste det som et problem for å gjøre en god jobb ut mot frivillig eller privat sektor. Derimot stiller flere av koordinatorene spørsmål ved formaliseringsgraden av samarbeidet med frivillig sektor, noe de mener reiser noen viktige problemstillinger:

- Hvor formaliserte avtaler kan en forvente at frivillige organisasjoner vil binde seg til, uten at det går på kompromiss med det karakteristiske med frivilligheten?
- Hvis en ikke formaliserer avtalene i skriftlig form, er en avhengig av muntlige avtaler. Dette kan by på utfordringer, særlig dersom det oppstår uenighet mellom partene.
- Ikke-formaliserte avtaler er ofte avhengig av én person i en organisasjon. Slike avtaler blir mer sårbare, siden det kan være vanskelig å følge opp avtalen hvis vedkommende slutter, eller av grunner ikke lenger aktiv i partnerskapet.

Når det gjelder privat sektor, er det få kommuner i vårt utvalg som opplever at de har et bredt og velfungerende samarbeid med privat sektor/næringsliv. Mange opplever at partnerskapsbegrepet ikke "passer" på næringslivet, i den forstand at de ikke får til det å involvere privat sektor på annen måte enn gjennom å kjøpe tjenestene deres. Og da føles det som usikkert, hvorvidt dette er partnerskap og hvor likeverdig partene er.

I kommunene blir *nettverksorganisering* trukket fram som et av de viktigste trekkene ved partnerskapsarbeidet. Nettverkene som de ulike fylkene har etablert både for Helse i plan og Partnerskap, først og fremst for de kommunale folkehelsekoordinatorene, sikrer kunnskapsutveksling mellom kommunene, motivasjon og støtte, og kompetanseheving mellom nivåene.

Fra både fylkes- og kommunenivå ser en at Folkehelseloven og ny Plan og bygningslov gir et enda bedre grunnlag å jobbe ut fra.

Informantene våre ser i stort grad Helse i plan og Partnerskap som organisasjonsutvikling, og vurderer verktøyene som viktige i folkehelsearbeidet. Mange opplever likevel at de fremdeles ikke arbeider etter et avklart mandat, og at de mangler den status og legitimitet i organisasjonen som de trenger for å gjøre jobben på en god måte. Partnerskapsbegrepet ble diskutert på begge forvaltningsnivåene, men særlig på kommunenivå har mange en sterk følelse av organisasjonene er inne i en modningsprosess med tanke på å jobbe tverrfaglig og etter forebyggende perspektiver.

Mange koordinatorene på fylkesnivå opplever at fylkeskommunen gjennom arbeidet med Partnerskap og Helse i plan har styrket fylkeskommunen sin rolle overfor kommunene.

På begge nivå opplever en at det er vanskelig å nå gjennom med fokus på forebyggende arbeid, fordi det kan medføre økte kostnader på kort sikt. Selv om forebyggende arbeid kan føre til besparelser på lenger sikt, er det vanskelig å nå gjennom med det politisk i en økonomisk presset hverdag.

Folkehelsearbeidet har blitt styrket gjennom nytt lovverk siste året. utfordringene nå, er hvordan fylkeskommuner og kommuner kan bruke lovverket på best mulig måte, til fordel for

5.3. AKTØRER I ARBEIDET MED HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP

Den store forskjellen i deltakelsen mellom Helse i plan og Partnerskap, ligger for en stor del i hvilke aktører utenfor kommuneorganisasjonen som deltar. I de kvalitative intervjuene, har få kommuner så langt fått til en høy grad av deltakelse fra frivillige og private organisasjoner i planarbeidet, slik den nye Plan- og bygningsloven legger opp til. I den videre framstillingen, presenterer vi først en rekke kvantitative data knyttet til lokale partnerskap, og siden en del kvalitative data.

Kommunenes mål med lokale partnerskap

Hofstad og Vestby (2008:31) viser hvilke ikke-kommunale aktører som er involvert i lokale partnerskap og det framkommer at idrettslag og friluftorganisasjoner deltar i mye større grad enn andre lokale aktører, henholdsvis i 55 og 34 % av lokale partnerskap. Private bedrifter deltar i liten grad (13 %). I surveyen har vi spurt kommunene hva de oppfatter er suksessfaktorer for og målsettinger med de partnerskapene de etablerer med lokale aktører. Hvordan målsettingene for folkehelsearbeid fordeler seg på kommuner som har vs. kommuner som ikke har etablert lokale partnerskap vises i

Tabell 5-2 Etablering av lokale partnerskap og formål som oppfattes som viktige i folkehelsearbeidet.
 Prosent (hele tall i parentes). N=50 / 121

Formål	Er formål i kommuner med partnerskap	Er formål i kommuner uten partnerskap
Iverksette folkehelse tiltak	80 (40)	68 (82)
Mobilisering av lokalsamfunnet	72 (36)	52 (63)
Økt samarbeid	64 (32)	44 (53)
Læring og kompetanseutvikling	38 (19)	45 (54)
Økonomisk samarbeid	36 (18)	21 (25)
Arbeidsdeling	20 (10)	4 (5)

nedenfor.

Tabell 5-2 Etablering av lokale partnerskap og formål som oppfattes som viktige i folkehelsearbeidet. Prosent (hele tall i parentes). N=50 / 121

Formål	Er formål i kommuner med partnerskap	Er formål i kommuner uten partnerskap
Iverksette folkehelse tiltak	80 (40)	68 (82)
Mobilisering av lokalsamfunnet	72 (36)	52 (63)
Økt samarbeid	64 (32)	44 (53)
Læring og kompetanseutvikling	38 (19)	45 (54)
Økonomisk samarbeid	36 (18)	21 (25)
Arbeidsdeling	20 (10)	4 (5)

50 kommuner har etablert lokale partnerskap der de inviterer lokale aktører til å bidra til folkehelsearbeidet. De lokale partnerskapene blir dermed et virkemiddel i folkehelsearbeidet. Den viktigste observasjonen i tabellen er:

- Kommunene er ikke avhengige av å etablere lokale partnerskap for å fremme målene i folkehelsepolitikken. Det gjøres også uten at det er etablert lokale partnerskap.
- Iverksetting av konkrete folkehelse tiltak er trolig er det viktigste formålet i det lokale folkehelsearbeidet. Dette gjøres i stor grad sammen med aktører i lokalsamfunnet, enten det er etablert partnerskap eller ikke.

Som vist til over er det aktører i frivillig sektor som deltar i partnerskap, det er i liten grad aktører fra privat sektor som deltar i dem. Av mer detaljerte opplysninger tabellen gir ser vi at selv om det å mobilisere lokalsamfunnet og øke samarbeidet med aktører er formål med partnerskapet, er det ikke et formål å dele på arbeidsoppgavene. Det å etablere økonomisk samarbeid er heller ikke i særlig grad formålet. Dette stemmer ikke helt med bildet av lokale partnerskap som operative partnerskap. I tillegg til at slike partnerskap er formaliserte og opererer med bindende avtaler er dette partnerskap som fungerer for å tilføre ressurser i form av midler og kompetanse til ikke-kommunale aktører (Glendinning, 2002). Det er altså tydelig at økonomisk samarbeid ikke er en viktig målsetting verken i kommuner der partnerskap er etablert eller i andre kommuner.

Hva kommunene mener er kritiske faktorer eller suksessfaktorer for lokale partnerskap vises i Tabell 5-3 nedenfor.

Tabell 5-3 Etablering av lokale partnerskap og vurdering av suksessfaktorer. Prosent (hele tall i parentes). Rangert. N= 50 / 121

Suksessfaktorer	Vurderes som suksessfaktor for partnerskap	Vurderes som suksessfaktor også i kommuner uten lokale partnerskap
At folkehelse forankres i politisk og administrativ ledelse	78 (39)	72 (87)
At det er langsiktighet i arbeidet	70 (35)	64 (77)
At det er solide økonomiske rammer	50 (25)	33 (40)
At kommunen har solid kompetanse om folkehelseutfordringer	48 (24)	33 (40)
At det utarbeides felles målsettinger/felles plattform	42 (21)	41 (49)
At tunge aktører deltar	16 (8)	12 (14)

De viktigste observasjonene i tabellen er:

- Den viktigste suksessfaktoren for lokale partnerskap er politisk forankring. Dette mener henholdsvis 78 % av kommuner med partnerskap og 72 % av kommuner uten.
- Langsiktighet i arbeidet er vurdert som en suksessfaktor i 70 % av kommunene med partnerskap og i 64 % av dem uten.
- Solide økonomiske rammer for arbeidet oppfattes både og; som en suksessfaktor av halvparten av kommuner med lokale partnerskap og som *ikke* å være det i den andre halvparten. Det er relativt sett færre av de kommunene som ikke har etablert partnerskap som oppfatter solide økonomiske rammer som en suksessfaktor.

Videre viser tabellen at solid kompetanse i kommunene om lokale folkehelseutfordringer i noe mindre grad oppfattes som en suksessfaktor i kommuner som har etablert partnerskap, det samme er tilfelle med utarbeidelse av felles målsettinger og plattformer. At tunge aktører deltar i partnerskapene vurderes i liten grad som en suksessfaktor. Det gjelder for kommuner som har etablert partnerskap så vel som for kommuner som ikke har det.

At egen kompetanse om folkehelseutfordringer blir rangert såpass langt ned som suksesskriterium, støttes av de kvalitative dataene. Fra intervjuene med folkehelsekoordinatorer i kommunene, ser vi at kommunene selv innser at de ikke kan ha spisskompetanse på folkehelsefaglige felt. Dette ønsker og forventer de seg derimot av det regionale partnerskapet. Vi anser det derfor som naturlig at dette punktet skårer lavt i denne sammenhengen.

Kommunene er fremdeles i litt ulike faser i arbeidet med å etablere lokale partnerskap. Det er naturlig, ettersom kommunene har blitt invitert med i arbeidet på svært ulike tidspunkt. De som har vært i gang ei stund, føler at de er over i en konsolideringsfase, der arbeidsmåter og samarbeidsavtaler får "sette seg". Disse kommunene har ikke trukket inn mange nye partnere i arbeidet, men utvider forsiktig, og bruker heller tid på de aktørene som allerede er med. Noen få kommuner har ennå ikke inngått samarbeidsavtaler med bestemte aktører, men har til nå brukt tid på å definere arbeidsområder og – måter for folkehelsekoordinatoren.

Som nevnt tidligere, er det få kommuner som skiller sterkt mellom Helse i plan og Partnerskap: *Det er veldig unaturlig å skille veldig på Helse i plan og Partnerskapsarbeid (koordinator kommune)*. Samtidig er det mange kommuner som ikke inngår formelle partnerskap lokalt, men som heller inngår mer og mindre formelle samarbeid, med eller uten skriftlige avtaler. I tabellen under, viser vi derfor aktørene i folkehelsearbeidet lokalt, slik det er kommet fram gjennom intervjuene. Oversikten kan sees i sammenheng med de kvantitative dataene, som Tabell 5-7. Disse gir også en mer detaljert oversikt over i hvilken grad de ulike aktørene deltar i arbeidet.

Tabell 5-4 Oversikt over aktører som er involvert i Helse i plan og Partnerskap lokalt.
Basert på kvalitative data fra folkehelsekoordinatorene på kommunenivå 2008-2009.

Aktører i Helse i plan og Partnerskap lokalt			
Kommunale	Statlige	Frivillige	Private
Skoler	Sykehus/helseforetak	Mental Helse	Barnehager
Barnehager	Mattilsynet	Eldreråd o.l.	Forsikringsselskap
Fysioterapeuter		Idrettslag /- råd	Musikere
Helsesøster		Frisklivssentral	Golfklubber
NAV		Menigheter	Asylmottak
Kulturavdeling/-etat		Røde Kors	Banker
Helse- og sosial		Enkeltpersoner	Treningscenter
SFO		Bygdesentraler	
Fysak-koordinator		LHL	
Helsesjef		Jeger og fisk	
Helse- og sosialleder			
Fastleger			
Diabetessykepleier			
SLT-koordinator			
Ungdommens bystyre			
Kommunalsjefer			
Rådmann			
Kommunelege			
Plan			
Aktivitører			
Hjemmesykepleie			
Ergoterapeut			
Rådgiver for psykisk helse			
Politikere			
Administrasjon			
Barnerepresentant			

Gjennom intervjuene, ser det ut til at nye aktører ofte kommer inn i partnerskapet (samarbeidet) gjennom fokus på nye tema. Med økt fokus på for eksempel tannhelse, kost og ernæring kommer nye samarbeidspartnere på banen, både internt i kommunen og eksternt. Når det gjelder tannhelse, kost og ernæring, har mange kommuner invitert til samarbeid med skoler og barnehager. Her opplever de varierende grad av respons og engasjement. Mange føler at det er spesielt tungt å jobbe opp mot skoleverket, fordi det er lite fleksibilitet i systemet, og at verken ledelse og ansatte ser folkehelsearbeid som relevant for dem. Dette står i kontrast til videregående skole, og det engasjementet fylkeskoordinatorene ofte møter der. Når det gjelder barnehagene, har enkelte koordinatorene erfaring med at private barnehager er lettere å engasjere enn de kommunale, mens andre koordinatorene har motsatt erfaring.

I arbeidet med underveisrapporteringa, ble det klart at de store statlige institusjonene ofte fungerte som passive partnere. Kommunene rapporterer at det fortsatt er tilfelle, slik at spesielt helseforetak, utdanningsinstitusjonene og NAV er lite på banen. Kommunene etterlyser et større engasjement og aktiv deltakelse fra alle disse, da de forventer at de kan komme med viktige bidrag, også på kommunenivå.

Folkehelsearbeidet er i stor grad preget av etnisk norske aktører, og miljøer med annen bakgrunn har i liten grad vært aktive i folkehelsearbeidet, verken som samarbeidspartner for kommunen og tilbydere av aktivitet, eller som brukere av slike tilbud. Dette bekrefter av evalueringa av Tilskuddsordning for lavterskel for fysisk

aktivitet (Bergem 2008). Svært få organisasjoner eller enkeltpersoner med ikke-etnisk norsk bakgrunn søkte tilskudd til aktivitet gjennom ordninga. Flere kommuner vil framover legge mer vekt på å få til samarbeid som kan engasjere disse gruppene, uten at det foreligger konkrete planer for hvordan de skal få det til.

Regionale partnerskap

Som vi ser av oversikten under, er en rekke aktører knytta til arbeidet med Helse i Plan og Partnerskap i fylkene. Store, "tunge" aktører som NAV, NHO, Fylkesmannen, helseforetak, KS og Universitets- og høyskolesektoren er inne i arbeidet på dette nivået. Fra frivillig sektor, er også store organisasjoner som Røde Kors, FFO/SAFO og Mental Helse representert.⁶ Internt i fylkeskommunene, er det en trend at stadig flere avdelinger er involvert i folkehelsearbeidet, særlig gjennom Partnerskap.

Tabell 5-5 Aktører i arbeidet med Helse i plan og Partnerskap, slik de fylkeskommunale folkehelsekoordinatorene ser det.
* angir nye aktører siden 2008.

Aktører i Helse i plan og Partnerskap regionalt				
Fylkeskommunale	Kommunale	Statlige	Frivillige	Private
Tannhelsetjenesten	KS	NAV*	FFO	NHO
Videregående skoler	Kommuner	Fylkesmannen	SAFO	Bama
Helsesøstertjeneste		Høyskoler	Røde Kors	Tine
Helse og sosial		Helseforetak	Idrettskretser	LO
Kultur		Politi	Mental Helse	
Fysak-koordinator		Folkehelseinstituttet	Frivillighetssentraler	
Skolehelsetjenesten			Frilufttsorganisasjoner	
Samferdselsavdeling			Sanitetsforeninger	
Samfunnsmedisiner			Nasjonalforeningen for folkehelse	

Sammenligner vi hvilke aktører som deltar i dag, med aktørene som ble oppgitt å være med i 2008, ser vi at sammensetninga av partnere er stabil. Men til tross for at de samme aktørene stadig deltar i partnerskapet, opplever folkehelsekoordinatorene at enkelte partnere er passivt deltakende. Dette gjelder særlig NAV, helseforetakene og utdanningsinstitusjonene. Fylkene opplever det som et paradoks at de aktørene som i svært stor grad fyller, eller bør fylle, en helsefremmende og forebyggende funksjon, ikke selv ser at de har en viktig plass i folkehelsearbeidet, og bidrar til dette i større grad. De store, statlige institusjonene har tilsynelatende ikke forankret dette arbeidet godt i egen ledelse. Det fører til at det virker litt tilfeldig hvilke representanter de velger til å delta i partnerskapsarbeidet, og hvilket mandat de får med seg. Dette har ikke endret seg siden 2008.

I hvilken grad kommunene er integrert som partnere hos fylkene, varierer mye. I enkelte fylker er nå alle kommuner formelle partnere, med de rettigheter og plikter det fører med seg. For fylkene betyr det at de har ansvar for å følge opp stadig flere kommuner. Enkelte fylker har også inngått langsiktige økonomiske forpliktelser overfor partnerskapskommunene, mens andre kun yter engangsbeløp for igangsetting av arbeidet. Fylkene vurderer fortløpende hvor mange partnere de er i stand til å følge opp både økonomisk og med kapasitet i egen stab som utgangspunkt. Koordinatorene peker på at det tar tid fra en kommune er invitert med, til deltakelse i partnerskapet et forankret, vedtatt og organisert inn i den kommunale driften.

⁶ FFO: Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon. SAFO: Samarbeidsforumet av funksjonshemmedes organisasjoner.

De mener også at de følger opp partnerne sine på en bedre måte nå enn tidligere, det gjelder særlig kommunene. Det er litt uklart om dette går på bekostning av oppfølginga av andre aktører, eller om det kommer av at arbeidet generelt flyter lettere. Aktørene oppfatter selv at arbeidet med partnerskapet går stadig bedre, men at dette samtidig er et langsiktig arbeid, slik at en ikke kan forvente resultater, eller at ting skal "løse," over natta.⁷

Veldig få aktører har aktivt gått ut av de fylkeskommunale partnerskapene det siste året. Når det har skjedd, har det vært organisasjoner som har hatt vanskelig for å finne representanter til å delta i det aktuelle forumet. Ved ett tilfelle, har en organisasjon gått ut av partnerskapet fordi det har oppstått uenighet med fylkeskommunen på andre samarbeidsområder.

Internt har flere fylker nå fått i gang et samarbeid med både tannhelsetjenesten, og skolehelsetjenesten knytta til videregående skole. Særlig er drop-out-problematikk oppgitt som grunn til at skolehelsetjenesten ved helsesøster er ønsket sterkere integrert i folkehelsearbeidet, og at invitasjonen har godt mottatt.

Samarbeid med frivillig sektor

Det er en utbredt erfaring at dersom kommunen inngår en avtale med en frivillig organisasjon, uten at oppfølgingsansvaret blir plassert veldig spesifikt i den kommunale organisasjonen, er det svært vanskelig å følge opp innholdet i avtalen. Åpne, generelle avtaler kan angå flere avdelinger og sektorer i kommunen, men det praktiske ansvaret må plasseres hos en navngitt person eller en bestemt avdeling.

Kommunene ønsker enda større grad av samarbeid med frivillige lag og organisasjoner, men er innstilt på at dette må skje på organisasjonenes premisser. En folkehelsekoordinator berømmer de frivillige laga og organisasjonene for å være gode på å skape lavterskel tilbud.

Samarbeid med privat sektor

Folkehelsekoordinatorene i kommunene har svært ulike tanker om samarbeid med private aktører, og svært ulike erfaringer med det. Flere kommuner har ikke samarbeid med private aktører i dag, og er usikre på hvordan et slikt samarbeid kan fungere. Det henger nok sammen med hvordan folkehelsearbeidet er organisert i kommunen, og hvordan den økonomiske situasjonen er: *Vanskelig å se for seg samarbeid med private, så lenge en ikke har noe å betale med (folkehelsekoordinator kommune)*. Mange kommuner har ikke midler til å finansiere kommersielle tilbud, og vil samtidig ikke legge til rette aktivitet som krever egenbetaling fra brukerne. Samtidig synes mange kommuner det er vanskelig å hjelpe fram tilbud innen frivillig sektor på områdene der det finnes kommersielle aktører.

Samarbeid med private blir ikke sett på som partnerskap, og er mer avtaleregulert enn samarbeidet med frivillige organisasjoner. Likevel mener mange at personene en samarbeider med, er viktigere enn hvorvidt de tilhører en frivillig organisasjon, eller en privat virksomhet. Når en inviterer kommersielle aktører inn i arenaer og aktiviteter for barn og ungdom, peker en folkehelsekoordinator på at en må være forsiktig med produktplassing.

⁷ To av fylkene har satt i gang evaluering sin egen folkehelsesatsing i løpet av 2009, men disse er ikke avsluttet. Evalueringene vil ligge til grunn for eventuelle endringer i arbeidsmåtene deres framover.

Fordelen med private aktører er at en kan stille helt andre krav til kommersielle aktører enn til frivillige, og at de kan ha faglig kompetanse som er nødvendig for å tilrettelegge aktivitet for bestemte grupper, som psykiatri eller bevegelsehindrete. Private aktører bidrar også til finansiering av aktiviteter.

Mange kommuner vil framover øke graden av samarbeid med private sektor, både i form av å se på privat næringsliv som en mulig finansieringskilde, og å øke samarbeidet med virksomheter som Bama og Tine.

Eksempler på samarbeid og involvering av private aktører

- private og kommersielle tilbud blir innlemmet i oversikter over aktivitetstilbudet i kommunen
- private treningssenter legger til rette og gjennomfører aktivitet for psykisk syke og langtidssykemeldte
- private aktører innafor forsikring og bank gir tiltaksmidler, særlig retta mot eldre
- private barnehager får samme tilbud om kompetanseheving som de kommunale, på tema som fysisk aktivitet, kosthold, tannhelse
- musikere blir leid inn til kulturkvelder for eldre (samarbeid mellom mange kommuner)
- privat aktør har fått sette treningsmateriell og styrkeapparater inn på skolens område, med krav om at utstyret ikke er merket (produktplassering)

Kommunenes mål med de lokale partnerskapene, ser ut til å være knyttet til iverksetting av folkehelseiltak, samt å mobilisere lokalsamfunnet i arbeidet. Særlig overfor frivillig sektor, ser de ut til å ha lyktes med det. Som suksesskriterier for å få dette til, legger kommunene vekt på god forankring i administrativ og politisk ledelse, og det å ha langsiktige perspektiver i folkehelsearbeidet. Den store utfordringa i dag, er å overføre partnerskapstanken fra enkeltpersoner, til hele organisasjonen. Det er like viktig overfor de frivillige organisasjonene, som i kommunenes egne organisasjoner.

Når det gjelder private sektor, etterlyser mange tydelige signaler om hvordan de kan/bør/skal forholde seg til kommersielle aktører innafor partnerskapsarbeidet. Vi ser at privat sektor i liten grad er involvert i arbeidet i dag.

Fylkeskommunene føler de i større grad enn tidligere nå greier å følge opp partnerne i de regionale partnerskapene på en god måte, særlig overfor kommunene. De regionale partnerskapene er stabile, men består fremdeles av en rekke aktører som ikke deltar aktivt i arbeidet.

Store, tunge aktører, særlig statlige, må involveres. Det gjelder særlig NAV og helseforetakene, men også utdanningsinstitusjonene blir etterlyst fra både lokalt og regionalt hold. Det ser ut til å være behov for å formidle hvilken rolle de kan spille i folkehelsearbeidet, for å skape en større forståelse av relevans, og for å skape legitimitet blant aktørene for å jobbe med dette i større grad enn i dag.

5.4. ULIKE KOMMUNALE SEKTORER SINE ROLLER I HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP

Tverrsektorielle arbeidsgrupper er også en form for partnerskap og kan plasseres i kategorien strategiske partnerskap. De kjennetegnes av lite formalisering og en flat organisasjon, og de har som målsetting å utvikle en felles forståelse av problemer og løsninger. Ikke alle kommunene har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen og i Tabell 5-6 nedenfor vises det at etablering av tverrsektorielle arbeidsgrupper skjer uavhengig av om kommunene har inngått partnerskap med fylkeskommunen eller ikke.

Tabell 5-6 Lokale partnerskap og tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelsefeltet. Prosent. N=194⁸

		Lokale myndigheter har etablert partnerskap med fylkeskommunen			
		Ja	Nei	Vet ikke	Total
Lokal administrasjon har etablert tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelsefeltet	Ja	16	26	5	47
	Nei	3	25	5	34
Etablering er diskutert	Ja	6	10	1	16
	Vet ikke	1	1	1	3
Total		26	62	12	100

De viktigste observasjonene i tabellen er:

- Etablering av tverrsektorielle grupper skjer uavhengig av om kommunen har inngått partnerskap med fylkeskommunen
- 16 % av kommunene som har inngått partnerskap med fylkeskommunen har også etablert tverrsektorielle arbeidsgrupper
- 26 % av kommunene som har etablert tverrfaglige arbeidsgrupper har ikke inngått partnerskap med fylkeskommunen

På bakgrunn av denne observasjonen er det mulig å si at etablering av partnerskap med fylkeskommunen ikke er en nødvendig betingelse for at kommunene skal etablere tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelsefeltet.

Hofstad og Vestby (2008:23) viste at Helse i Plan- kommuner skårer bedre enn kommuner generelt når det gjelder samarbeid for enhetene rådmann og rådmannens stab, plan, kultur, skole, barnehage og teknisk. Mens for enhetene helse, sosial virksomhet, pleie og omsorg og psykisk helse var det faktisk mer samarbeid i kommuner som ikke deltok i Helse i plan- programmet. Tabellen gjengis nedenfor som Tabell 5-7.

⁸ Når spørsmålene om etablering av partnerskap med fylkeskommunen ses i sammenheng med spørsmålet om etablering av tverrsektorielle grupper reduseres antallet kommuner som har svart positivt på om de har inngått i partnerskap med fylkeskommunen.

Tabell 5-7 Folkehelsekoordinator undersøkelsen: Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper i Helse i plan- kommuner og andre kommuner? N= 26 for Helse i plan-kommuner. N=109 for kommuner generelt. (Prosent, hele tall i parentes).

Involverte aktører/enheter	Helse i plan-kommuner	Kommuner generelt	Prosent-differanse
Rådmann/rådmannens stab	65 (15)	48 (30)	17
Enhet/avd. for helse	91 (21)	94 (59)	-3
Enhet/avd. for plan	65 (15)	30 (19)	35
Enhet/avd. for kultur	74 (17)	69 (43)	5
Enhet/avd. for skole	74 (17)	71 (45)	3
Enhet/avd. for barnehage	48 (11)	41 (26)	7
Enhet/avd. for sosial virksomhet	30 (7)	48 (30)	-18
Enhet/avd. for pleie og omsorg	48 (11)	50 (31)	-2
Enhet/avd. for psykisk helse	48 (11)	56 (35)	-8
Enhet/avd. for teknisk	48 (11)	35 (22)	13

Vi har bedt informantene våre utdype noe mer om hvordan ulike sektorer og etater er involvert i folkehelsearbeidet generelt, med utgangspunkt i funn fra underveisrapporteringa. Der viste tall fra NIBR sin spørreundersøkelse at 62 % av Helse i plan-kommunene hadde organisert tverrfaglige samarbeidsgrupper innfor folkehelseområdet, mens av kommunene som ikke deltar i Helse i plan, hadde 47 % gjort det samme (Hofstad & Vestby, 2009, ss. 21-22). Helse i plan-kommuner, og kommuner som har inngått partnerskapsavtale, skilte seg dermed positivt ut med tanke på formelt opprettede samarbeid internt i organisasjonen. Det skulle også bety at de ulike sektorene i disse kommunene er godt integrert i folkehelsearbeidet. Det viser seg imidlertid gjennom våre intervjuer at dette ikke er tilfelle i praksis for alle kommuner.

Enkelte opplever at folkehelsearbeidet er så integrert i organisasjonen, at *alle* (i hvert fall i teorien) er involvert. Det bør være en stor fordel at alle ansatte har folkehelseperspektivene med seg i sitt daglige arbeid, men én peker også på utfordringer ved at folkehelsearbeidet blir så integrert at det blir helt "usynlig"; kommunens ansatte ikke ser at det de driver med, er folkehelsearbeid. Her kan det være snakk om en utfordring med tanke på definisjoner og begrepsbruk.

Enkelte opplever at partnerskapsarbeidet ikke er integrert i organisasjonen overhodet, og at både mangel på kompetanse i de ulike sektorene, og at måten det kommunale arbeidet er organisert på, står i veien for bedre integrering. Når flere sektorer er involvert, er det ofte fordi enkeltpersoner er engasjert, ikke fordi det ligger til stillingen eller funksjonen deres – mangler fremdeles administrativ forankring. Der rådmann og/eller ordfører er engasjert, kan utfordringer med samarbeid mellom avdelinger i større grad løses på et overordna nivå.

Generelt opplever koordinatorene i kommunene at det er en utfordring å formidle at folkehelse har relevans overfor aktører som plan- og teknisk avdeling, skole og til en viss grad politiet. Til tross for at folkehelsekoordinator sitter i felles ledergruppe med alle avdelingsledere, tar det tid før folkehelsekoordinatorens rolle blir tatt på alvor. Det er antakelig veldig viktig at aktører fra ulike etater blir gitt et tydelig mandat til å jobbe med dette, fordi det blant annet legitimerer bruken av personalressurser eller økonomi.

Hovedbildet er oppsummert at folkehelsekoordinatorene opplever at kommunene fremdeles har et stort potensial for å se folkehelsearbeidet og ulike tjenester mer i sammenheng enn i dag. Kommunalt ansatte i hjemmetjenesten, NAV, skole- og barnehage, og ute i institusjonene, møter kommunens befolkning i ulike sammenhenger hver dag. De kjenner disse menneskene til dels svært godt, og kan vurdere om de kan ha glede

og nytte av ett eller flere folkehelse tiltak. En folkehelsekoordinator ønsker at alle som møter kommunens befolkning, gjør denne vurderingen og eventuelt foreslår aktuelle aktiviteter for dem.

I det følgende oppsummerer vi på hvilken måte, eller i hvilken grad, de ulike sektorene er involvert i arbeidet med helse i plan og partnerskap. Vi har også tatt med utdrag fra NIBR sin folkehelsekoordinator-undersøkelse (Hofstad & Vestby, 2009). De viser hvilke enheter/avdelinger som er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper, fordelt på Helse i plan-kommuner og kommuner generelt. Resultatene for partnerskapskommunene følger i stor grad kommunene som ikke deltar i Helse i plan, og blir derfor presentert som "kommuner generelt" (Hofstad & Vestby, 2009, s. 23).

DEN KOMMUNALE HELSETJENESTEN

Der planarbeidet fungerer som tverrfaglig samarbeid, oppgir folkehelsekoordinatorene at helsetjenesten deltar. Det er noe ulikt hvem som representerer helsefaget i planarbeidet, og som i andre sektorer, ser representasjonen ut til å være mer avhengig av personlig engasjement enn av stilling eller funksjon. Der noen i kommunen har gått på Helse i plan-studiet ved Høyskolen i Vestfold, regnes det som naturlig at disse deltar. Kommunelegen uttaler seg i stor grad i forbindelse med reguleringsplan, og er til dels også involvert i annet planarbeidet.

Når det gjelder partnerskapsarbeid er helsetjenesten stadig sterkere inne. De fleste skulle ønske seg et enda større engasjement fra deres side, men ser at stort arbeidspress står hindrer dem i å delta, og at det ikke er vrangvilje.

Helsepersonell er også involvert i aktivitets- og mestringssenter med fokus på livsstilsproblematikk. Her gjennomfører disse helsesamtale og gir veiledning til fysisk aktivitet og kosthold. Folkehelsekoordinatoren i denne kommunen, ser dette som en type allment retta Grønn-reseptordning. Ved senteret har en også aktiviteter for enkelte grupper, for barn med psykisk syke foreldre, barn av foreldre med samlivsbrudd og foreldre-barn-samspillsgruppe.

Helsesøstertjenesten tar stort ansvar for tiltak innafor kosthold og helse i skole/barnehage, der de allerede har sterke nettverk. Enkelte koordinatorene har prøvd å opprette nettverk knytta til mer generelt folkehelsearbeid blant helsesøstrene, uten å lykkes. Helsesøstre fokuserer også spesielt på kvinnehelse, og folkehelsekoordinatorene mener det er mange tiltak som kan komme under en slik paraply. Mange mener at helsesøstertjenesten i langt større grad enn i dag kan tildeles viktige roller i folkehelsearbeidet.

Overfor eldre finnes det eksempler på at både hjemmesykepleiere, aktivitetører, fysioterapeuter og sykehjem generelt driver godt fallforebyggende arbeid. I en kommune tester fysioterapitjenesten alle over 70 år, og dersom de viser seg å være i risikozonen for fallulykker, blir de tilbudt deltakelse i et fysisk aktivitetsprogram. Flere stavganggrupper har også kommet i gang som følge av testarbeidet. Dette er et samarbeid mellom fysioterapiteamet og folkehelsekoordinatoren. Hjemmetjenesten har også inngått samarbeid med bygdesentralen om sandstrøing om vinteren, blant annet som ledd i fallforebyggende arbeid overfor eldre.

Vi har ikke funnet så mange eksempler i de kvalitative intervjuene på at enhet/avdeling for psykisk helse er involvert i folkehelsearbeidet. Som ett eksempel er rådgiver for psykisk helse i én kommune sterkt involvert gjennom forebyggende tiltak i form av "gå-grupper" og arenaer med alle typer aktiviteter for mennesker med psykiske lidelser. Det er også kommuner som i samarbeid med politiet framover vil arbeide med tverrfaglig med fysisk aktivitet, rus og psykiatri. Her er psykiatrisk sykepleier involvert.

Sosialtjenestene ser ut til å være lite involvert i partnerskapsarbeidet, men er noe mer involvert i planarbeidet.

Kommunelegenes deltakelse varierer veldig, fra å være helt fraværende, til å være en drivende kraft i folkehelsearbeidet. I tillegg til tilsynsoppgaver, ansvar for smittevern og miljøretta helsevern i kommunene, deltar mange kommuneleger i ulike arbeidsgrupper. Kommuneleger med en generell samfunnsmedisinsk interesse, driver mer generelt folkehelsearbeid.

Mer om kommunelegen sin rolle både i folkehelsearbeidet generelt, og i partnerskapsarbeidet og innafor Helse i plan i 6.

Hvis vi ser informasjonen fra intervjuene i sammenheng med de kvantitative dataene fra NIBR sin spørreundersøkelse i 2008, som vist under i Tabell 5-8, er disse sammenfallende. Spørreundersøkelsen viser at enhet/avdeling for helse i stor grad er involvert formelt, og våre data viser at det i stor grad også er tilfelle i praksis. I Partnerskapsarbeidet oppgir folkehelsekoordinatorerne at helsetjenesten også blir stadig mer aktive i arbeidet. Som vi ser at tallene fra NIBR, er avdelinger for pleie og omsorg, sosial virksomhet, og psykisk helse i liten grad involvert i formelle samarbeid. Slik ser det også ut til å være i praksis, i følge det kvalitative materialet.

Tabell 5-8 Folkehelsekoordinator- undersøkelsen: Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper?
N=109 (Prosent, hele tall i parentes). Utdrag fra Tabell 5-7

Involverte aktører/enheter	Helse i plan-kommuner	Kommuner generelt
Enhet/avd. for helse	91 (21)	94 (59)
Enhet/avd. for sosial virksomhet	30 (7)	48 (30)
Enhet/avd. for pleie og omsorg	48 (11)	50 (31)
Enhet/avd. for psykisk helse	48 (11)	56 (35)

PLAN OG TEKNISK

Det er påfallende stor enighet blant folkehelsekoordinatorerne om at både plan og teknisk er veldig lite involvert i partnerskapsarbeidet, illustrert av følgende sitater fra intervjuene: *"de ser ikke sin egen rolle"*, *"de melder som oftest forfall"*, *"dette er ukjent område for dem"* og *"de plukker hva de skal delta på, framfor å ha et helhetlig perspektiv"* (folkehelsekoordinatorer kommuner).

Plan er involvert i Helse i plan-arbeidet, noe annet ville være svært overraskende med tanke på innretning av tiltaket, men også her er det mange folkehelsekoordinatorer som etterlyser en større forståelse for betydningen av helhetlig planarbeid. Som vi ser av tallene fra NIBR sin spørreundersøkelse, er plan i større grad involvert enn teknisk. Likevel viser det kvalitative materialet at også plan sin deltakelse er større formelt sett, enn tilfelle er i praksis. At bare omlag 1/3 av alle norske kommuner oppgir at plan og teknisk er involvert gir sannsynligvis et riktig bilde av situasjonen generelt og viser at kommunene fremdeles har en jobb å gjøre med tanke på planlegging for folkehelse.

Tabell 5-9 Folkehelsekoordinator- undersøkelsen: Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper?
N=109. Prosent (hele tall i parentes). Utdrag fra Tabell 5-7.

Involverte aktører/enheter	Helse i plan-kommuner	Kommuner generelt
Enhet/avd. for plan	65 (15)	30 (19)
Enhet/avd. for teknisk	48 (11)	35 (22)

SKOLE OG BARNEHAGE

Aktører fra skole- og barnehage er noe involvert i planarbeidet, men i folkehelsearbeidet ellers, oppleves de som vanskelig å få i tale. Folkehelsekoordinatorer ser det som en stor jobb å formidle hvorfor og hvordan folkehelse er relevant, overfor disse. Spesielt opplever koordinatorene at både skole- og barnehageansatte trenger mer kunnskap på mange folkehelsefelt, og fordi det finnes få tilrettelagte kurs for denne gruppa, etterlyser flere folkehelsekoordinatorer faste møtepunkt eller arenaer for de kan møte skole- og barnehageansvarlige og -ansatte.

Ernæring og fysisk aktivitet er områder der skole tar ansvar. Mange har fokus på det å gå eller sykle til og fra skole. For mange kommuner er likevel det en utfordring å oppfordre til at elever går eller sykler, fordi gang- og sykkelveinettet er dårlig utbygd og fordi gatebelysninga er dårlig eller ikke-eksisterende. Mange må derfor jobbe på flere fronter samtidig, for å bygge ned hindringene for fysisk aktivitet i trafikken.

Videregående skole utmerker seg positivt ved å være opptatt av og flinke til å samarbeide om folkehelsearbeid. Generelt er mange opptatt av frafallsproblematikk, og ser tiltak innfor fysisk aktivitet, kosthold og ernæring, og psykisk helse, som metoder for å minske slike problemer. Én kommune satte sammen et team bestående av rektor og rådgiver ved den videregående skolen, kommunenes helsesjef, helsesøster og folkehelsekoordinator, og lagde et helhetlig prosjekt rundt fysisk aktivitet og kosthold.

Det finnes også barnehager som er jobber godt med fysisk aktivitet og ernæring, og gjør dette i samarbeid mellom ansatte, foreldre og barna.

Tabell 5-10 Folkehelsekoordinator- undersøkelsen: Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper?
N=109 (Prosent, hele tall i parentes). Utdrag fra Tabell 5-7

Involverte aktører/enheter	Helse i plan-kommuner	Kommuner generelt
Enhet/avd. for skole	74 (17)	71 (45)
Enhet/avd. for barnehage	48 (11)	41 (26)

Sett i forhold til tallene fra den kvantitative surveyen, ser det ut til at særlig skole har høy formell deltakelse i de tverrfaglige arbeidsgruppene, men at faktisk deltakelse i folkehelsearbeidet er atskillig lavere. Det er også mulig at deltakelsen er høy, men at vedkommende som sitter i arbeidsgruppen ikke involverer og/eller motiverer ansatte ute i skolene, slik at de også ser sin rolle i arbeidet.

KULTUR

Som med skole og barnehage, oppgis kultur å være noe involvert i planarbeidet i kommunene, men er sterkt savnet i partnerskapsarbeidet. Unntakene er der koordinatorstillingen ligger til kultursjefen i kommunen, og folkehelsearbeid blir sett i sammenheng med at annet arbeid som ligger til kultur, for eksempel fysisk aktivitet og fordeling av spillemidler.

Det finnes enkelte eksempler på at kommuner jobber med å opprette nettverk for dem som jobber med kultur og folkehelse på ulike områder. Det finnes også enkelte prosjekt som inkluderer kultur i folkehelsearbeidet, for eksempel overfor funksjonshindrede og eldre.

Enkelte koordinatorer opplever at kultur er "på gli" når det gjelder å jobbe i nettverk, og har tro på at deres deltakelse er økende. Det ser ut til å være en stor divergens mellom formell deltakelse fra kultur, slik den kommer til uttrykk i spørreundersøkelsen fra NIBR, og slik det kommer fram gjennom intervjuene. I følge folkehelsekoordinatorundersøkelsen, er enhet/avdeling for kultur representert i tverrfaglige

samarbeidsgrupper i 74 % av Helse i plan-kommunene, mens tilsvarende deltakelse i andre kommuner er 69 %. I de kvalitative intervjuene, er det lite som tyder på at en så høy formell deltakelse fra kultursektoren har bidratt til faktisk deltakelse og/eller involvering i arbeidet.

POLITIET

Politiet er til en viss grad involvert, og da i kriminalitetsforebyggende arbeid, samt tobakk og rus. SLT-koordinator i kommunene deltar i det samme arbeidet.⁹ De som får til å engasjere politiet i folkehelsearbeidet, opplever det som svært positivt.

NAV

NAV deltar i ulike senter-organiserte tilbud som *Aktivitet, mestring og helse* og Frisklivssentraler. Mange folkehelsekoordinatorer på begge nivåer etterlyser likevel et større engasjement fra NAV, og vil ha dem mer på banen enn de er i dag. Dette gjelder NAV både på kommunalt og statlig nivå.

ANDRE

Frivillighetssentralen formidler og gjennomfører folkehelsefremmende aktiviteter, som det å være lavterskel møteplasser,

Distriktpspsykiske senter (DPS) er også involvert gjennom arbeid med treningskontakter, som skal bidra til å se fysisk og psykisk helse i sammenheng.

⁹ SLT: Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak

Partnerskap for folkehelse ser ikke ut til å være nødvendig for at kommunene skal etablere tverrfaglige arbeidsgrupper i folkehelsearbeidet, men vi ser at kommuner som deltar i Helse i plan og/eller Partnerskap, i større grad enn andre kommuner oppretter slike.

Strategiene som er fulgt til nå, ser likevel ut til i mindre grad å ha ført til at arbeidet innafor Partnerskap og Helse i plan gjennomgående er godt integrert i kommuneorganisasjonene, slik det gjenspeiler seg i de ulike sektorene sin faktiske deltakelse. Det kan kreve nye tilnæringsmåter, og ser i stor grad ut til å være en formidlingsutfordring knytta folkehelsearbeidets relevans og legitimitet i sin helhet. Som mange påpeker, er folkehelsekoordinatorene sin plassering i kommuneorganisasjonen med på å signalisere hvor viktig eller lite viktig dette arbeidet er. Det krever sannsynligvis også mye tydeligere mandat fra politisk ledelse.

Det bør være et tankekors at planavdelingene tilsynelatende er så lite involvert som koordinatorene gir uttrykk for. At folkehelsekoordinatorene opplever at planavdelingene er fraværende, kan bety at det er et skille mellom formell deltakelse, som vi så i oversikten over tverrfaglige arbeidsgrupper, og faktisk deltakelse, og at dette ikke har endret seg det siste året.

Det er også en utfordring hvordan kommunene skal lykkes med å få med skolesektoren. Det ser ut til at fylkeskommunene har lykkes i større grad overfor videregående skole. Det kan være erfaringer som kan trekkes derfra. Koordinerte signaler fra Helsedirektoratet og Undervisningsdirektoratet, kan også påvirke motivasjonen lokalt i positiv retning.

Til tross for at det tverrfaglige arbeidet ikke ser ut til å ha "satt seg" i kommuneorganisasjonene, peker mange koordinatorene på at arbeidet med Partnerskap og Helse i plan har ført til økt gjensidig forståelse mellom fagetatene.

5.5. KOMMUNENES ARBEID MED FOLKEHELSETEMA

De siste årene har statlige myndigheter satt stadig større fokus på sosial ulikhet i helse, også gjennom Samhandlingsreformen, Plan og bygningsloven og Folkehelseloven. Dette betyr at statlige myndigheter anser kommunenes arbeid på folkehelsefeltet som svært viktig, men kanskje uten at kommunene er seg dette bevisst, eller har det som hovedmål med sin virksomhet. Skal en lykkes med å legge til rette for at gapet mellom de som har god helse, og de som ikke har det, ikke blir større, må kommunene integrere folkehelsearbeidet i kommuneplanlegginga i langt større grad enn i dag.

Underveisrapportene både fra NIBR og Møreforskning viste at temaene som oftest inngikk i partnerskapsarbeidet, var fysisk aktivitet, ernæring, mental helse, rusforebygging og tobakk, se bl.a. Hofstad og Vestby (2009, ss. 45-46) og Bergem, Ouff, Aarflot og Hanche-Dalseth (2009, ss. 37, 51, 72). I Helse i plan-kommunene er folkehelse tema i ulik grad nedfelt i både samfunnsdelen i kommuneplan, arealdelen med bestemmelser, økonomiplan/handlingsplan og kommunedelplan/temaplan. Vi ser at tema som grønt- og friluftsområder, areal- og transport og universell utforming er mer framme i planverket, på bekostning av fysisk aktivitet, mental helse, rusforebygging. Det gjelder både samfunnsdelen, arealdelen og økonomi- og handlingsplan. At viktige folkehelse tema som fysisk aktivitet og mental helse er utelatt fra kommunalt planverk, står i kontrast til at mange folkehelsekoordinatorer på kommunenivå mener at det er svært viktig at folkehelse tema integreres i alt planverk, fra overordna strategi- og handlingsdokument til sektorplaner, slik at en kan se tjenestene i sammenheng og samordne disse. I tråd med kvantitative data fra NIBR (Hofstad & Vestby, 2009), ser vi at det er stor variasjon fra kommune til kommune hvor langt en er kommet i denne integreringen; det dekker hele spekteret fra ingen integrering til full integrering.

For å belyse dette nærmere, har vi valgt å se på fire sider ved kommunenes arbeid med folkehelse tema:

1. Bakgrunnsvariable og forankring av folkehelse tema i kommunal planlegging i Helse i plan-kommunene
2. På hvilken måte kommunene i det kvalitative utvalget rent praktisk arbeider med ulike folkehelse tema
3. Hvordan blir kartlegging og bruk av folkehelse data brukt i folkehelsearbeidet
4. I hvilken grad folkehelse tema i dag er vertikalt integrert i plansystemet, og nedfelt i økonomiplaner

BAKGRUNNSVARIABLE OG FORANKRING AV FOLKEHELSETEMA I HELSE I PLAN-KOMMUNENE

Omkring 30 kommuner deltar i Helse i Plan. I underveisrapporten gjorde vi en grovkjøring av datamaterialet og koblet de 16 folkehelse temaene i surveyen med de fire plantypene kommuneplanens samfunnsdel, kommuneplanens arealdel, kommunedelplaner/temaplaner og økonomiplanen. Vi så at Helse i plan-kommunenes tematiske fokus ikke skilte seg nevneverdig fra fokus i kommunene generelt.

Med unntak av fysisk aktivitet, var disse temaene mest fokusert i samfunnsdelen og arealdelen:

1. Underliggende/fysiske temaer som
 - grønt- og friluftsområder
 - samordnet areal- og transport
2. Temaer av mer samfunnsutviklende karakter som
 - kultur og helse
 - sosiale og fysiske møteplasser
 - trygghets- /kriminalitetsforebygging
 - skade- og ulykkesforebygging

I økonomiplanen og delplaner/temaplaner kom også andre kjernetemaer enn fysisk aktivitet inn, rusforebygging ble fokusert i begge, mens mental helse var inne blant de mest fokuserte i delplaner/temaplaner. Også i delplaner/temaplaner fant vi samfunnsutviklende og underliggende/fysiske temaer som i arealdelen og samfunnsdelen, men i tillegg kom også de institusjonaliserte temaene inn (smittevern, miljørettet helsevern). Dette var temaer som var lite fokusert i samfunnsdelen og arealdelen.

Kjernetemaene tobakk, ernæring og sosial ulikhet i helse får liten oppmerksomhet i den kommunale planleggingen. Dette er atferdsrelaterte temaer som skiller seg fra den tradisjonelle, fysiske orienteringen i planleggingen.

Vi ønsker å ta dette et skritt videre gjennom å se nærmere på Helse i Plan kommunenes kapasitet til å drive folkehelsearbeid målt gjennom innbyggertall, tid satt av til å koordinere folkehelsearbeidet og koordinatorens administrative plassering. Videre vil vi se på planleggingspraksisen deres. I hvilken grad lykkes de med å integrere folkehelse temaer på tvers av ulike planformer? Dette vil vi gjøre på samme måte som over, gjennom å ta et nærmere blikk på noen utvalgte temaer og følge dem på tvers av de ulike plantypene.

Helse i Plan kommunenes kapasitet til å drive folkehelsearbeid

I Tabell 5-11 sammenliknes folketallet i Helse i Plan kommunene med gjennomsnittlig folkemengde i norske kommuner.

Tabell 5-11

Folketall i Helse i Plan kommuner og andre kommuner

Deltar i helse i plan	Gjennomsnittlig folkemengde i kommunen
Nei (N=109)	12223
Ja (N=26)	16110

Tallene indikerer at det er større kommuner som er med i Helse i Plan. Gjennomsnittlig folkemengde i de kommunene som er med i Helse i plan er på om lag 16 000 mens gjennomsnittet for de som ikke er med er på ca 12000. Det bør likevel understrekes at det er såpass få kommuner som har svart at de er med på Helse i Plan (36), at det er vanskelig å trekke noen klare konklusjoner med henhold til hvordan disse skiller seg fra landets øvrige kommuner. Folkehelsemeldingen understreker betydningen av å ha nødvendig kompetanse og kapasitet til å drive folkehelsearbeid som et viktig element for kommunenes innsats (St.meld. 16 2002-03:76).

Tabell 5-132 sammenlikner Helse i plan kommuner og andre med hensyn til hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid som er satt av til å drive folkehelsearbeid. Tabellen viser at en noe større andel av folkehelsekoordinatorens tid i Helse i Plan kommuner er satt av til folkehelsearbeid. De har anledning til å bruke 46 prosent av tiden på folkehelsearbeid, mens den tilsvarende andelen for kommuner som ikke er

Tabell 5-12

Tid til folkehelsearbeid, Helse i Plan kommuner og andre kommuner. Prosent.

Deltar i Helse i plan	Folkehelsekoordinatorens tid til folkehelsearbeid
Nei (N=109)	37
Ja (N=26)	46
Totalt	40

med i Helse i Plan er 37 prosent. Igjen er det imidlertid vanskelig å trekke noen klare konklusjoner med utgangspunkt i dette. Det kan for eksempel skyldes at folkehelsekoordinatoren er ansatt i større kommuner, og at det i større kommuner er avsatt mer ressurser til å jobbe med folkehelse temaer. Folkehelsekoordinatorens arbeidsvilkår kan også måles gjennom å se på deres administrative plassering.

Tabell 5-13 viser den administrative plasseringen til folkehelsekoordinatoren i Helse i Plan kommuner og andre kommuner.

Tabell 5-13 Folkehelsekoordinatorstillingens administrative plassering. N=117, i prosent hele tall i parentes

Hvor i kommunens administrasjon er folkehelsekoordinatorstillingen plassert?						
Deltakelse i Helse i Plan	Rådmannens stab	Enhetsleder	Mellomleder	Saksbehandler /Prosjektleder /Rådgiver	Annet	Totalt
Nei	20 (17)	17 (15)	9 (8)	28 (24)	26 (23)	100 (87)
Ja	27 (8)	13 (4)	10 (3)	30 (9)	20 (6)	100 (30)
Totalt	21 (25)	16 (19)	9 (11)	28 (33)	25 (29)	100 (117)

Likhetene mellom de to gruppene kommuner er mer slående enn forskjellene mellom dem. Igjen er det også viktig å understreke at Helse i Plan kommunene er et lite utvalg kommuner som derfor gjør det vanskelig å trekke generelle konklusjoner. Likevel er et interessant trekk at en større andel Helse i Plan kommuner har plassert folkehelsekoordinatoren i rådmannens stab. Ved siden av plassering som saksbehandler/prosjektleder/rådgiver er dette den viktigste plasseringen til folkehelsekoordinatoren. Det er det også i andre kommuner, hvis vi ser bort fra kategorien "annet". Her er det vanskelig å se noe klart mønster i den administrative plasseringen. For det første dreier det seg om tilknytning til ulike typer helse-enheter, til interkommunale enheter samt plassering i ledelse eller i tilknytning til rådmannen.

Informantene våre har pekt på at plasseringen av folkehelsekoordinatoren og folkehelsearbeidet i organisasjonen, er helt avgjørende for hva en kan få til på lokalt nivå. Folkehelsekoordinatorene opplever at jo nærmere rådmannsnivået en er plassert, jo større gjennomslagskraft har en, fordi en slik plassering medfører status og legitimitet nedover i organisasjonen. Fra de kvalitative dataene kan vi ikke trekke slutninger om hvilken plassering som er best, med tanke på om koordinatorfunksjonen skal ligge til enhetsledernivå/mellomledernivå eller annet. Det ser ut til å være mer avhengig av hvor stor stillingsandel som er satt av til folkehelsearbeidet/partnerskapsarbeidet.

Helse i plan kommunenes planleggingspraksis

I 0 viste vi i hvilken grad de 16 folkehelse temaene er integrert i de fire plantypene kommuneplanens samfunnsdel, arealdelen, kommunedelplan/temaplan og økonomiplan. Vi startet med å presentere en additiv indeks for hvert av temaene, deretter så vi nærmere på fordelingen for hvert av temaene. Når vi nå skal se bare på Helse i Plan kommunene, gjør vi det på en litt annen måte. Prosentuering med 26 kommuner kan lett gi litt feil inntrykk, vi vil derfor holde oss til faktiske tall og se i hvilken grad Helse i Plan kommunene forankrer folkehelse temaer på tvers av planhierarkiet. Tabellene som presenteres vil ikke angi hvilke planforankringer kommunene opererer med, fordi dette kan variere mellom kommunene. Der vi mener det er et poeng å se nærmere på hvilke planer som utmerker seg i forhold til enkelte tema, trekkes dette fram i kommentaren til tabellene. Vi vil behandle hver av de fire temakategoriene for seg og starter med det vi har kalt *kjernetemaer* i Tabell 5-14.

Tabell 5-14

Fordeling av kjernetemaer på tvers av kommunale planer. Helse i Plan kommuner. N=26

Kjernetemaer	Antall planforankringer					Totalt
	Null	En	To	Tre	Fire	
Fysisk aktivitet	2	6	7	7	4	26
Mental helse	2	14	7	2	1	26
Rusforebygging	2	12	8	4	0	26
Sosial ulikhet i helse	10	11	2	3	0	26
Ernæring	12	10	2	0	2	26
Tobakk	16	6	3	1	0	26

Det er til dels store svingninger i forhold til hvordan de ulike temaene i denne kategorien er integrert i planene. Fysisk aktivitet utmerker seg ved å være det temaet som sprer seg på flere planer. Dette er også et tema som får oppmerksomhet i de aller fleste Helse i Plan kommuner, 24 av 26 kommuner har integrert fysisk aktivitet i de aktuelle planene. Også mental helse og rusforebygging er sterkt fokusert i Helse i Plan kommunene, det er kun to kommuner som ikke har integrert disse temaene. Men til forskjell fra fysisk aktivitet, har de fleste kommunene én planforankring av mental helse og rusforebygging. For mental helse sitt vedkommende er samfunnsdelen og kommunedelplan vanligste forankring, dette gjelder for om lag halvparten av Helse i Plan kommunene. Rusforebygging som tema synes imidlertid å fordele seg nokså jevnt på samfunnsdel, økonomiplan og kommunedelplan.

Temaene sosial ulikhet, ernæring og tobakk er mindre fokusert i kommunale planer, omkring halvparten av kommunene har ikke integrert disse temaene. De kommunene som har valgt å gå inn i disse spørsmålene har hovedsakelig gjort det i én plan. Til tross for at disse temaenes planrelevans synes å være liten, er det likevel interessant å se hvilken planforankring Helse i Plan kommunene synes å foretrekke. Spesielt fordi dette er blant de mest sentrale folkehelse temaene. For ernæring sin del er det slik at kommunene som fokuserer på dette temaet fordeler seg nokså likt på samfunnsdel og kommunedelplan, men dette gjelder altså kun for omkring ¼ av Helse i Plan kommunene. I forhold til sosial ulikhet synes flest kommuner å foretrekke samfunnsdelen som planforankring. Dette gjelder for 11 av 26 kommuner, mens 7 av 26 fokuserer på denne utfordringen i en egen kommunedelplan.

Vi vil nå se nærmere på fordelingen til de rutiniserte temaene *miljørettet helsevern, smittevern og tannhelse*.

Tabell 5-15

Fordeling av rutiniserte temaer på tvers av kommunale planer. Helse i Plan kommuner. N=26

Rutiniserte temaer	Antall planforankringer					Totalt
	Null	En	To	Tre	Fire	
Miljørettet helsevern	5	8	7	6	0	26
Smittevern	8	13	3	2	0	26
Tannhelse	19	5	1	1	0	26

De rutiniserte temaene har det til felles at ingen av dem er forankret i alle fire plantyper. Miljørettet helsevern er jevnt over fokusert i flere planer enn de to andre. 21 av 26 kommuner har forankret dette temaet i 1-3 planer, mens hvis vi ser på smittevern så har halvparten av kommunene fokusert på dette temaet i en plan. Over halvparten av kommunene har laget en egen kommunedelplan for smittevern, mens åtte kommuner ikke har integrert smittevern i planene sine i det hele tatt. Når det gjelder tannhelse så er det bare sju kommuner som har integrert dette temaet i planleggingen.

I Tabell 5-16 viser vi fordelingen til de underliggende/fysiske temaene *universell utforming, grønt-/friluftsområder og samordnet areal- og transport*.

Tabell 5-16 Fordeling av fysiske temaer på tvers av kommunale planer. Helse i Plan kommuner. N=26

Fysiske temaer	Antall planforankringer					
	Null	En	To	Tre	Fire	Totalt
Grønt -friluftsområder	0	6	9	5	6	26
Samordnet areal- og transport	4	5	10	5	2	26
Universell utforming	3	10	5	5	3	26

Alle Helse i Plan kommunene fokuserer på grønt- og friluftsområder i sin planlegging. De fordeler seg nokså likt i forhold til om de har 1,2,3 eller 4 planforankringer, med to planforankringer som det mest vanlige. Hvis vi ser på samordnet areal og transport, så er det mest tydelige trekket at 10 av 26 Helse i Plan kommuner har integrert dette temaet i to kommunale planer. Et lite antall kommuner, fire stykker, fokuserer ikke på dette temaet i det hele tatt. Når det gjelder universell utforming så har 10 av 26 kommuner forankret dette spørsmålet i en plan mens de gjenværende kommunene fordeler seg noenlunde likt på 0, 2,3 og 4 planforankringer. Samfunns- og arealdel er viktigste planforankring for alle de tre temaene.

I Tabell 5-17 viser vi fordelingen til samfunnsutviklingstemaene *kultur og helse, sosiale og fysiske møteplasser, trygghets- /kriminalitetsforebygging, skade- og ulykkesforebygging*.

Tabell 5-17 Fordeling av samfunnsutviklingstemaer på tvers av kommunale planer. Helse i Plan kommuner. N=26

Samfunnsutviklingstemaer	Antall planforankringer					
	Null	En	To	Tre	Fire	Totalt
Sosiale og fysiske møteplasser	2	9	10	3	2	26
Kultur og helse	4	11	6	3	2	26
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	4	13	5	3	1	26
Skade- og ulykkesforebygging	7	6	7	2	4	26

Temaet sosiale og fysiske møteplasser synes å være dekkende for det mange av Helse i plan kommunene arbeider med. 19 av 26 kommuner har forankret dette temaet i en eller to planer og dette er et tema hos 24 av de 26 helse i plan kommunene. Når det gjelder 'kultur og helse' og 'trygghets- /kriminalitetsforebygging', så har omlag halvparten av kommunene forankret disse i en plan, mens "skade- og ulykkesforebygging" fordeler seg nokså jevnt på alle de fem kategoriene. Sju av Helse i plan kommunene fokuserer ikke på dette temaet i planleggingen. Hvis vi ser alle temaene under ett, viser våre tall at om lag 60 prosent av Helse i Plan kommunene har forankret disse fire temaene i samfunnsdelen.

På tvers av de fire kategoriene folkehelse temaer avtegner det seg noen interessante mønstre. For det første er det noen temaer som så godt som alle Helse i Plan kommunene fokuserer på og som i tillegg er forankret på tvers av flere planer. Det gjelder sosiale og fysiske møteplasser, grønt- og friluftsområder, miljørettet helsevern og fysisk aktivitet. Dette er temaer som synes å være relevante for flere plantyper og som en god del av kommunene har forankret i mer enn en plan, noe som trolig øker muligheten for realisering.

For det andre finner vi temaer som ofte forankres kun i én plan. Dette gjelder mental helse, rusforebygging, sosial ulikhet, ernæring, smittevern, universell utforming, kultur og helse og trygghets- og kriminalitetsforebygging. Dette er temaer mange Helse i Plan kommuner er opptatt av, og som har vunnet innpass i planleggingen. Samtidig kan forankringen sies å være mer skjør fordi disse temaene ofte er konsentrert i en av de fire plantypene. Spørsmålet er hvilken effekt det har på implementeringen av målsettingene. På den ene siden kan det være uttrykk for et sterkt fokus ved at det for eksempel er laget en egen handlingsplan for temaet, på den andre siden kan den ensidige forankringen gjøre det vanskeligere å vinne innpass på arenaer som dekkes inn av de andre planene, for eksempel ved allokering av ressurser som i økonomiplanen eller i ved formingen av omgivelsene som i arealplanleggingen.

Etter å ha sett på hvordan folkehelse tema er forankret i planverket, vil vi nå se nærmere på hvordan kommunene jobber praktisk med enkelte av disse temaene.

EKSEMPLER PÅ PRAKTISK ARBEID MED ULIKE TEMA I FOLKEHELSEARBEIDET

Vi har her trukket fram enkelte eksempler på hvordan kommunene prøver å se ulike folkehelse tema i sammenheng, og hvordan de løser dette på tvers av sektor- og fagområder.

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er blant folkehelse temaene som flest kommuner har valgt som tema i arbeidet med Helse i plan og partnerskap (Hofstad & Vestby, 2009). Innfallsvinkelen til å jobbe med fysisk aktivitet er svært varierende mellom kommunene:

- En kommune har oppretta ei barnehagegruppe, der både private og kommunale barnehager er invitert til å være med. Hovedfokus er på kompetanseheving i fysiske basisferdigheter, og på det å drive med fysiske aktiviteter utendørs. Folkehelsekoordinatoren drifter gruppa, men bruker også andre ressurser i kommunen, for eksempel barnefysioterapeut. Tilbudet foregår på kveldstid, og koster ikke noe for barnehagene, utover den arbeidstida som går med.
- Folkehelsekoordinatoren i en kommune samarbeider med fysioterapiteamet om forebyggende fall- og ulykkesarbeid overfor eldre. Alle innbyggere over 70 år blir testet, og de som er i risikozonen for fallulykker får tilbud om et fysisk aktivitetsprogram. Som resultat av dette arbeidet, er det også satt i gang flere stavganggrupper for eldre, men som ikke nødvendigvis var i risikozonen slik at de kom med i det forebyggende arbeidet.
- Mens mange folkehelsekoordinatorer opplever at skolen er en arena det er vanskelig å komme inn på, opplever enkelte at skoleverket er veldig flinke til å ta ansvar, og til å se tema som ernæring, fysisk aktivitet og trafiksikkerhet i sammenheng. Fysisk aktivitet til og fra skolen blir vurdert som en svært viktig

forebyggende aktivitet, men dette kan være en utfordring, fordi argument om trafikksikkerhet kan stå i motsetning til viljen til å la barna gå og sykle til skolen. Gatebelysning er en forutsetning for å øke antall elever som går og sykler, noe som særlig i kommuner med desentralisert skolestruktur er mangelvare.

Fysisk og psykisk helse

Flere koordinatorene i kommunene, mener det er for lav kompetanse på sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse i kommuneorganisasjonene. Flere kommuner prøver å koble sammen dette på ulike måter:

- For å avhjelpe kompetansebehovet om sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse i alle typer institusjoner, prøver enkelte å arbeide med kompetanseheving der det kan være aktuelt, i alt fra barnehager til omsorgsinstitusjoner for eldre eller psykisk syke. Både praktisk og teoretisk kompetanse blir forsøkt overført gjennom å oppsøke ulike deler av kommunens virksomhet og opprette dialog.
- I én kommune har en gjennom særlig fokus på betydningen av fysisk aktivitet for psykisk syke, fått utarbeidet egne treningsopplegg/-tider for disse. Kommersielle aktører står for både utarbeiding og gjennomføring av tilbudet, og kommunen kjøper tjenestene.
- Gjennom interkommunalt samarbeid, har en utviklet tilbud om treningskontakter overfor brukere knyttet til Distriktpsikiatrisk senter. Mental Helse er også knyttet til dette prosjektet. Et liknende tilbud er utviklet av kommersielle aktører, og blir tilbudt alle målgrupper med behov for lavterskel fysisk aktivitet. Et siste tilbud blir kjøpt inn av private aktører, i samarbeid med Idrettskretsen og Helseforetaket.
- Fysisk aktivitet overfor dem som er omfattet av støttekontakttjenesten, kan bidra positivt til utvikling av både fysisk og psykisk helse. Én kommune har satt i gang kurs som skal gjøre støttekontakter i stand til å motivere til større bredde i typen aktivitet en gjør sammen med brukeren, slik at det kan være like naturlig å gå seg en tur, som å sitte på kafé eller gjøre andre mer stillesittende aktiviteter.
- Prosjektet *Trygg oppvekst* fokuserer på det å sette ord på tema som omfatter både fysisk og psykisk helse. På 7. klasstrinn er helsesøster inne i klassene og snakker om hverdagsproblemer, venner, familie, egen identitet og rusmidler. Erfaringa er at dette er vanskeligere å gjøre når elevene er over på ungdomsskolen, så hensikten er å gi ungdommene et begrepsapparat som er "klar til bruk" hvis ting blir vanskelig i løpet av ungdomstida.

Kost, ernæring og tannhelse

- Når det gjelder kost og ernæring overfor barn og unge, ser flere tannhelsetjenesten og helsesøstertjenesten i sammenheng med folkehelsearbeidet. Gjennom disse sørger folkehelsekoordinatoren for helhetlig fokus på tiltak i skole og barnehage.
- Helsesøstere er også engasjert som ressursperson i Frisklivssentralene, for å sette fokus på ernæring.
- En kommune har i samarbeid med det lokale Sanitetslaget, utarbeidet et kostholdskurs som inngår i den obligatoriske delen av Introduksjonsprogrammet for innvandrere/flyktninger. Kommunen jobber i dag for å forsøke og utvide ordninga til også å gjelde kvinner i asylmottak.

Sosial ulikhet i helse

Å redusere sosial ulikhet i helse er et viktig mål for folkehelsepolitikken. Det kan oppnås gjennom fokus både på kosthold, fysisk aktivitet og andre tema. Men noen har satt i gang tiltak som mer direkte har sosial ulikhet som utgangspunkt. Vi vil trekke fram et par eksempler under denne overskriften spesielt, fordi de legger vekt på tidlig intervensjon overfor barn og unge:

- En kommune har satset på samarbeid mellom helsestasjonen, sosialtjenesten og barnevernet, med tanke på å oppdage fødselsdepresjon hos nybakte mødre og depresjon ellers hos mødre.
- Mange er opptatt av drop-out-problemer i videregående skole, særlig sett i lys av sosial ulikhet i helse. Det finnes folkehelsekoordinatorene som samarbeider tett med oppfølgingstjenesten i videregående skole, og rådgivere fra grunnskolen som følger opp enkelte elever i overgangen til videregående skole.

KARTLEGGING OG BRUK AV FOLKEHELSEDATA

Slik de fleste koordinatorene i fylkene ser det, er det å bidra til å innhente, tolke og bruke folkehelsedata og statistikk en av de viktigste oppgavene deres. Det følger nå av Folkehelseloven, som pålegger fylkene å ha oversikt over folkehelsestilstanden i kommunene. Enkelte fylker er usikre på hvor langt dette pålegget strekker seg, og hvordan de skal løse utfordringene knyttet til dette. Det gjelder både innhenting av relevante data, tolkning, formidling av disse videre til kommunene, og det å vurdere hvilke tiltak som kan settes inn overfor utfordringer som kommer fram av kartleggingsarbeid.

Vi har et eksempel på at fylkeskommunen og fylkesmannen, i samarbeid med en kunnskapsinstitusjon, sammen har vært i alle kommunene, for å presentere folkehelsedata, og for å synliggjøre hvor viktig det er at folkehelsearbeidet bygger på et oppdatert kunnskapsgrunnlag. De har også støttet opp under folkehelsearbeidet i kommunene gjennom oppfølgingsmøter for å trekke datagrunnlaget inn i det lokale arbeidet. Ingen andre har gjort dette i en så stor utstrekning, og de fleste fylkeskommuner har ikke så god oversikt over folkehelsestilstanden i regionen.

Mange folkehelsekoordinatorer mener at helseforetakene og sykehusene burde bidra mer her, men opplever samtidig at det er lite engasjement fra dem. Også fastlegene har kartleggings- og registreringsansvar, men det virker vanskelig å få ut noe derfra. Kommunene ønsker seg også at NAV kunne bidra til kunnskapsgrunnlaget, fordi de i stor grad er i kontakt med grupper i befolkninga som ofte tilsvarer målgrupper i folkehelsearbeidet, og kjenner derfor disse gruppene godt. Det kan være langtids sykemeldte, kronisk syke og andre. Kommunene greier likevel i liten grad å motivere NAV til å involvere seg i folkehelsearbeidet generelt.

Databaser i bruk i dag

Data om folkehelsestilstand er i liten grad brukt i planprosesser i dag, så for de fleste ligger ikke kartlegging av lokale forhold konkret til grunn for folkehelsearbeidet. I kommunene har koordinatorene en sterk forventning om at den nye Planlova skal bidra til å legge press på administrasjonen til å gjennomføre dette i større grad framover.

I planarbeid er likevel enkelte kartleggingsverktøy og/eller databaser tatt i bruk, for eksempel:

- Barnetråkk, registrering av turstier og annen tilrettelegging
- Ulike kilder fra SSB
- Kommunehelseprofiler
- Levekårsindeksen
- HEPRO-data
- HUNT I-III

Det ser ikke ut til å være mange kommuner som har en helhetlig bruk av slike kartleggingsverktøy, noe som står i kontrast til ønsket om å basere Partnerskap og Helse i plan-arbeidet i størst mulig grad på kunnskap om lokale forhold.

Lokal kartlegging

Der det ikke finnes ferdige datasett til bruk for kommunene, har enkelte kommuner prøvd å kartlegge helsetilstanden på andre måter. For eksempel har en satt sammen tverrfaglige/-etatlige arbeidsgrupper, som sammen med frivillige lag og organisasjoner har vurdert hva som er kommunens sterke og svake sider innfor de satsingsområdene som er valgt. Her blir altså kartlegginga ikke brukt til å velge ut satsingsområder, men til å se på hvilken innsats det kan være behov for innfor allerede valgte tema.

Andre har brukt bredt sammensatte referansegrupper til å komme med innspill på valg av satsingsområde, og har siden sett innspillene i sammenheng med "harde" fra kilder som KommuneHelseprofiler og Levekårsindeksen fra SSB. Flere koordinatorene mener at slike data må behandles med varsomhet. For det første må en være nøye med hvordan slike data blir brukt og formidlet. Særlig i små kommuner/lokalsamfunn kan en risikere at det er mulig å gjenkjenne enkeltpersoner ut fra materialet. I tillegg mener de at en bør se slike data opp mot lokal kunnskapen om tilstanden i kommunen. Et godt eksempel på dette, er kommunene i Østfold, som har gjennomført en stor undersøkelse om helse og trivsel blant 10. klassene (Ungdomsundersøkelsen), med fokus på selvpoplevde faktorer. Når dette blir sett opp mot andre datakilder, som Levekårsindeksen, kan en oppnå et mer utfyllende bilde, enn om en bruker hver enkelt kilde til data for seg. Også andre kommuner har brukt både kvantitative og mer kvalitative kilder for å sette sammen et mest mulig "sant" bilde av folkehelsestanden i kommunen.¹⁰

Ungdomsundersøkelsen er nå gjennomført i sju av landets fylker, og er en kartlegging av levekår og selvpoplevd livskvalitet blant ungdom. Undersøkelsen blir brukt blant annet for å nyansere og balansere kunnskapsdata fra andre statistiske kilder. Ett fylke i vårt utvalg har nettopp gjennomført undersøkelsen, men ennå ikke rukket å ta dataene herfra i bruk. Oppretting og opplæring av folkehelsegrupper på videregående skoler, slik en er i gang med i enkelte fylker, kan også være en kilde til oppdatert kunnskap.

I en av kommunene jobber nå kommunelegen med å videreutvikle undersøkelsen knyttet til HEPRO, til å gjelde data om barn og unge.

¹⁰ Gjennom nettverk for helse- og miljøkommuner gjennomførte enkelte kommuner en helseprofilundersøkelse i 2007, men denne er ikke fulgt opp siden. Enkelte partnerskaps- og Helse i plan-kommuner deltar i nettverket Healthy Communities. Deltakelse i nettverket forplikter kommunene til å ha statusoversikt.

Fysisk aktivitet, ernæring, mental helse, rusforebygging og tobakk ser ut til å være tema som hyppigst inngår i partnerskapsarbeidet.

Som vi har sett, er det mange spennende prosjekt på gang i det praktiske arbeidet med fysisk aktivitet. Koordinatorene opplever at mange aktører i kommunen ser nytten av å ha fokus på dette. Derimot opplever at de er lite kunnskap både praktisk og teoretisk ute i ulike organisasjoner og institusjoner, når det gjelder sammenhengen mellom fysisk og psykisk helse, selv om mye forskning viser at dette er nært knyttet sammen. Her bør man se nærmere på innholdet i grunnutdanningene, helt fra barnehage til eldreomsorg og psykiatri, slik at viktige sammenhenger blir belyst der.

Det ser ut til å ha blitt et stadig tettere samarbeid mellom folkehelsekoordinatorene, tannhelsetjenesten og helsesøstertjenesten, og at dette i første rekke innebærer økt fokus på kost, ernæring og tannhelse. Dette må en forvente har en god forebyggende effekt, ettersom det treffer alle barn, henholdsvis i skole og barnehage.

Sosial ulikhet i helse kan en på mange måter se på som overbygninga for arbeidet med forebyggende folkehelsearbeid. I evalueringa av KommuneHelseprofiler, viste Helgesen m.fl. at sosial ulikhet i helse var det tema som både planleggere og folkehelsekoordinatorer i størst grad hadde søkt informasjon om gjennom verktøyet (Helgesen, Hofstad, & Vestby, 2008). Samtidig vet vi fra NIBR sin spørreundersøkelse, at sosial ulikhet i liten grad spesifikt er nedfelt i planverket på alle nivå (Hofstad & Vestby, 2009, ss. 38-42). Temaet er også i liten grad prioritert i partnerskapsavtalene mellom fylkeskommunene og kommunene, og i de lokale partnerskapene. Vi vet ikke om dette kommer av, men peker på at en kanskje bør arbeide for en større bevissthet rundt hvilken betydning dette har i kommunene.

Generelt er det stor vilje i både kommuner og fylker til å bygge folkehelsearbeidet på et godt kunnskapsgrunnlag, men hovedinntrykket vårt er at dette å framskaffe, tolke og bruke slike data er veldig vanskelig, både for fylkeskommuner og kommuner. Særlig fylkene er bevisst på at de har et ansvar for dette. Både kommuner og fylker etterlyser støtte fra flere aktører i dette arbeidet. Koordinatorene tror at både NAV, fastlegene, kommunelegene og helseforetakene kan bidra med mye her, men har så langt lyktes dårlig med å få ut data fra disse aktørene; hvordan sikre dette? Hvordan gjøre fylkeskommunene i stand til å oppfylle kravene i Folkehelseloven? Hvordan sikre at "harde" og "myke" data blir sett i sammenheng? Og hvordan sikre anonymitet i mindre kommuner og lokalsamfunn?

6. KOMMUNELEGENES ROLLE I FOLKEHELSEARBEIDET

Noen studier har belyst kommunelegens rolle i og betydning i folkehelsearbeidet. I rapporten *Ein resept å gå for?* vurderte Møreforskning ulike modeller for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthold (Båtevik, Tønnesen, Barstad, Bergem, & Aarflot, 2008). Målet med modellene var å bidra til endring av levevaner hos grupper i befolkninga som hadde helseplager knytta til røyking, fedme og fysisk inaktivitet. Ordningene fungerte slik at tilviser, i all hovedsak leger, etter helsesamtale med pasienter kunne sende dem videre enten til organisert aktivitet i regi av lokale lag og organisasjoner, eller til spesielle mottakssentraler, som Frisklivssentraler eller Fysiotek. Rapporten peker på at forankringa hos legene i kommunene var sentralt, både for igangsetting og vellykket gjennomføring av ordningene (Båtevik, Tønnesen, Barstad, Bergem, & Aarflot, 2008, s. 146).

Disse erfaringene, sammen med folkehelsekoordinatorene sine tanker om kommunelegens rolle og betydning, tydet på at kommunelegene spiller en nøkkelrolle i folkehelsearbeidet, Vi har derfor sett nærmere på hvordan kommunelegene selv definerer sin rolle i folkehelsearbeidet og Helse i plan/Partnerskapsarbeidet spesielt, og hvordan de ser på Helse i plan og Partnerskap som verktøy. I tillegg har vi spurt hvordan de ser på innhenting og bruk av kunnskapsdata i folkehelsearbeidet, og hvordan de ser folkehelsearbeidet i forhold til Samhandlingsreformen.

Utvalget av kommuneleger i undersøkelsen, er identisk med utvalget av kommuner. Kommunelegene var ikke med i arbeidet med underveiserapporteringen i 2009. I alt 11 av 16 kommuneleger deltok.

6.1. OM FOLKEHELSEARBEID GENERELT

Det blir utført mye folkehelsearbeid i det daglige arbeidet på helsestasjonen og hos både fastlegene og kommunelegene. Kommunelegene opplever selv at helsetjenestenes rolle i folkehelsearbeidet er viktig. Gjennom ordninger som Grønn resept/Frisklivsresept, opplever også mange kommuneleger at flere fagretninger er involvert i folkehelsearbeidet, for eksempel sosial, helsesøstre og ruskonsulentene. Alt i alt støtter kommunelegene likevel koordinatorenes syn på at helsesiden er altfor lite involvert i helsefremmende og primærforbyggende arbeid, og at eiendom og plan heller ikke er en del av det gode tverrfaglige arbeidet som foregår internt i kommunene.

Kommunelegene merker seg at skole og barnehage har blitt mer engasjert de siste årene, mens pleie og omsorg fremdeles er framværende i det tverrfaglige arbeidet, selv om folkehelse burde være et nærliggende arbeidsfelt for dem.

Mange peker på at folkehelse til dels har blitt et tema på ledernivå, men at det skjer lite koordinering på tvers hos kommunalsjefene, og på andre ledernivå. Derfor tenker også enkelte kommuneleger at det er svært viktig hvor folkehelsearbeidet er plassert i organisasjonen: *folkehelsearbeidet kan godt organiseres under kommunelegen/helsetjenesten, men at det bør kanskje heller ligge under rådmann/plan?* (kommunelege).

KOMMUNELEGENES INVOLVERING I FOLKEHELSEARBEIDET

Flere oppgir at de gjerne vil prioritere folkehelsearbeid framfor klinisk arbeid, men at det føles nesten umulig å få til i praksis. Til tross for at de mener at forebyggende arbeid er viktig og lønnsomt, har de vanskelig for å prioritere det framfor driftsoppgaver. En kommunelege vurderer om det kan være formålstjenlig å ta tilbake den "opprinnelige" kommunelegerollen, og bygge opp igjen kommunelegerollen som en sterk forebyggingsaktør, i samarbeid med helsesøstertjenesten. I dag er kommunelegene et bindeledd mellom

fastlegene, og det tar mye av deres tid. Folkehelsearbeid oppleves som vanskelig å prioritere. Det finnes likevel kommuneleger som finner tid til forebyggende arbeid, og som samarbeider tett med for eksempel folkehelsekoordinatorer og konsulenter i miljøretta helsevern.

Også kommunelegene innser at det trass i "gode intensjoner", er et langsiktig arbeid å nedfelle forebyggende tenkning i hele organisasjonen, og at kommunene trenger mer hjelp til dette. Så langt er folkehelseperspektivene i kommuneorganisasjonene ofte personavhengig, i stedet for å være nedfelt i systemene.

6.2. OM PARTNERSKAP OG HELSE I PLAN SOM VERKTØY

Enkelte kommuneleger er usikre på hvorvidt formål og virkemidler i Partnerskap og Helse i plan er tydelige. Til tross for det, har flere en klar formening om at partnerskapsarbeidet er viktig, fordi samarbeid med aktører både innafor og utafor kommunen er helt avgjørende for å oppnå målene i folkehelsepolitikken. De ser at det er en utfordring å ta med seg samarbeidet fra de gode planprosessene ut i alle avdelingene og enhetene, og har også en klar oppfatning av at folkehelsekoordinatorene antakelig bør være organisert under rådmann eller lignende, for å sikre legitimitet og status i arbeidet.

Flere kommuneleger frykter at koordinatorene er utsatt for sterk slitasje i sine stillinger, både på grunn av lav stillingsprosent, lite feedback og svak involvering fra andre sektorer. Det siste oppfatter de som et resultat av tidsnød rundt i organisasjonen, ikke vond vilje.

KOMMUNELEGENES ROLLE I HELSE I PLAN OG I PARTNERSKAPSARBEIDET

Selv om alle sektorer må delta i folkehelsearbeidet, tenker noen av kommunelegene at de kan fungere som en motor i arbeidet. Slik er det ikke i dag. Skal en få en slik posisjon, peker flere kommuneleger på at en ikke kan sitte stille og vente på å bli invitert med i det tverrfaglige samarbeidet, men at en tvert i mot må tvinge seg selv og sine perspektiver på i alle sammenhenger. De trenger å delta i prosesser, gjøre vurderinger, komme med uttalelser, være med på de arenaene der folkehelse blir diskutert sammen med "de andre": helsesøstre, folkehelsekoordinatorer, Frisklivssentraler og sykehjem.

Som verktøy, har kommunelegene varierende grad av kjenneskap til Helse i plan og Partnerskap, men interessen for tilnærmingene er stor. Særlig Helse i plan ble omtalt som "*optimalt grense- og etatsoverskridende*" (kommunelege). Å samarbeide om prosesser, og å se helsekunnskap i sammenheng med plankunnskap ble oppfattet som svært viktig. Mange var opptatt av å sikre helseperspektivet i planarbeid, og flere av kommunelegene vi intervjuet sitter i ulike arbeids-/plan-/styringsgrupper, som for eksempel planforum. Mange kommuner har i dag utstrakt bruk av ulike styrings- og målingssystemer. Med bruk av slike systemer, påpekte en av kommunelegene at det er svært viktig å få tilgang til overordna nivå i organisasjonen, slik at en kan se til at målingsindikatorer som er egnet til å si noe om folkehelsearbeidet, kommer inn i styringssystemene.

Det kan være fare for at en setter mer fokus på selve partnerskapsavtalen, enn på det praktiske arbeidet. Flere kommuneleger peker ellers på at en del tiltak krever interkommunalt samarbeid.

KOMMUNELEGENE FØLER AT POTENSIALET I EGEN ROLLE IKKE ER FULLT UT REALISERT

Det blir pekt på at rollen som kommunelegen kan spille i folkehelsearbeidet, avhenger av at organisasjonen er kjent med en. Det krever at kommunelegen holder en yrkesmessig profil som gjør at det er kjent i organisasjonen at en er både interessert og kompetent til samfunnsmedisinsk arbeid. På den måten mener flere at en kan bidra til å overkomme profesjonskonflikter, som kan stå i veien for å utvikle tverrfaglige og helhetlige perspektiver. Det ligger også til rollen å være en "vaktbikkje", og peke på sider ved lokalsamfunnet som kan være ubehagelige, for eksempel sosial ulikhet i helse.

Med et bein i "begge leire", både det samfunnsmedisinske og det allmenntilleggsmedisinske, føler kommunelegene at de skal fungere som rådgivere i kommuneorganisasjonen. De skal ta med seg informasjon og kunnskap ut fra helsetjenesten. Enkelte tenker også at de skal/bør ha oversikt over helsetilstanden og hvilke faktorer som virker inn på denne, selv om det er krevende: *(Vi skal) holde oversikten på alt fra individnivå til systemnivå (kommunelege).*

Mange kommuneleger tenker at de skal fungere som faglige kvalitetssikrere, og veilede og hjelpe andre til å vurdere resultater av kartleggingsarbeid. Men de erkjenner at en av utfordringene både i samfunnsmedisinen og i folkehelsearbeidet, er å synliggjøre tiltak og effekter som ikke så lett lar seg måle. Hvordan måler man effekten av å endre holdningene til de som arbeider i støttekontakttjenesten? Det kan være tiltak som ikke koster noe å endre i kroner og øre, men som avhenger av holdningsendring. Å endre holdninger er utfordrende arbeid.

6.3. POTENSIAL FOR ØKT SAMHANDLING

Flere kommuneleger peker på at folkehelsebegrepet er diffust, og ikke helt uproblematisk. Mange folkehelsekoordinatorer mener det samme. Særlig overfor skole og barnehage kan bruken av begrepet være til hinder for samarbeid. Folkehelse som begrep er ukjent eller uklart for mange i skoleverker, og dermed kan det vært vanskelig å se hvordan skole og barnehage er relevante arenaer for det arbeidet.

Mange kommuneleger hevder at kommunene er ekspertene når det gjelder forebyggende arbeid, framfor spesialisthelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å drive med forebygging, men deres arbeid er ikke koordinert med kommunenes, og sykehusene trekker ikke veksler på kommunenes kompetanse på dette området. Her ser flere kommuneleger et stort uutnytt potensial for samhandling. De mener også det bør være kommunene som gjør det praktiske arbeidet, som for eksempel når det gjelder røykeavvenning. Slik er det ikke i dag.

Det er behov for økt samhandling mellom kommuner og fylkeskommuner, særlig med tanke på overgangen fra grunnskole til videregående skole.

Utforming av lovverket, og tolkningen av det, er viktig for samarbeidet med privat sektor. Mange er fremdeles usikre på hvor langt man kan gå i å fremme folkehelseperspektiver etter hjemlene i den nye Plan og bygningsloven, for eksempel for å kunne påvirke private utbyggingsavtaler.

Flere kommuneleger påpeker at de frivillige organisasjonene må inn i planarbeid fra dag en: *Vi trenger kompetansen deres, på alt fra arealplanarbeid til konkrete sektorplaner, så vi kan ikke vente med å spørre dem til planene skal på høring (kommunelege).*

6.4. BRUK AV FOLKEHELSEDATA

Blant kommunelegene vi har intervjuet, er det enkelte som mener at de ikke har noe selvstendig ansvar for å føre statistikk, og at kommunelegen i seg sjøl ikke har noen rolle i dette arbeidet. Andre mener de har ansvar, for å ha god oversikt over både helsetilstanden i kommunen, og generelt hvilke faktorer som fremmer og hemmer god helse.

Uavhengig av hvem som hevdes å ha ansvaret for å hente inn dataene, mener kommunelegene at en må basere arbeidet på et kvalitetsmessig godt kunnskapsgrunnlag. Slik kunnskap må

- formidles tilbake til politikerne, og brukes som argumentasjonsgrunnlag for finansiering av folkehelsearbeidet
- brukes som bakgrunnsstoff for planarbeid
- brukes til å kvalifisere helsepersonell
- tilflytte alle som har bruk for det, uavhengig av nivå og sektor.

Til tross for at mange kommuneleger mener at de i kraft av stillingen sin ikke har et selvstendig ansvar for å skaffe til veie oversikt over helsetilstanden i kommunene, følger de aller fleste med på nasjonale statistikkdatabaser, som Kommunebarometeret, Skoleportalen, og internasjonale undersøkelser som HEPRO.

Noen kommuneleger prøver å skaffe lokalbasert kunnskap om helsetilstand. Det skjer for eksempel gjennom å videreutvikle innbyggerundersøkelser til også å gjelde barn og unge, og ved å lage egne folkehelseprofiler for kommunene som inkluderer informasjon om egenopplevd helse.

Utfordringer ved bruk av folkehelsesdata

Til liks med folkehelsekoordinatorene, ser mange kommuneleger utfordringer med kartlegging, tolkning og bruk av folkehelsesdata. For det første må tall fra store databaser balanseres mot lokalkunnskap, og i mange tilfeller brukes med forsiktighet for å sikre anonymitet, særlig i små samfunn. For det andre er det en utfordring å analysere dataene, og finne ut hva de egentlig betyr. Her mener de fleste kommunelegene at kommunene trenger hjelp. For det tredje er det en utfordring å trekke kunnskapen over mot tiltak, slik at en velger tiltak som har effekt på de utfordringene dataene peker på.

6.5. USIKKERHET KNYTTA TIL INNHOLDET I SAMHANDLINGSREFORMEN

Samhandlingsreformen, og folkehelsekoordinatorene sine synspunkter på denne blir behandlet i kapittel 7. Vi har likevel valgt å presentere kommunelegenes tanker om dette sammen med annet materiale fra kommunelegene.

To av kommunelegene tenker slik om samhandlingsreformen:

(den) ser ut til å være en strukturreform; en skal flytte ansvarsbokser ut til kommunen, mens samhandlingsflatene er de samme. Men den sier ingenting om hvordan skal vi samhandle mellom boksene, hvordan skal det skje?

Dette er en alvorlig lederutfordring, både for rådmann og ordfører, men også ute i avdelingene. En må kunne lede for samhandling!

De fleste vi har intervjuet mener at reformen så langt ikke har noe med folkehelse eller primærforebyggende arbeid å gjøre. Derimot er sekundærforebygging trukket inn som en viktig del av reformen. Flere

kommuneleger peker på at dette ikke hindrer at folk må til spesialistbehandling, men kun hindrer folk som allerede er syke, å bli enda sykere, eller utvikle tilleggs lidelser.

Dersom reformen fikk et sterkere fokus på folkehelse og primærforbygging, samtidig som en fikk en opptrappingsplan for folkehelse og greide å sette fokus på folkehelseperspektivene i kommunalt planarbeid – **da...** (kommunelege).

Gjennom reformen ser kommunelegene at kommunene får en helt annen, og mer behandlende rolle enn de har i dag. Mange er usikre på hvordan det vil slå ut på folkehelsearbeidet. På den ene siden kan det styrke finansieringsgrunnlaget og fokus på folkehelse, dersom en i sterkere grad enn i dag, ser forbyggende og behandlende arbeid i sammenheng. Samtidig er det flere som mener at samhandlingsreformen passer godt inn i folkehelsearbeidet, men som frykter at arbeidet med å implementere reformen vil ta både fokus og økonomiske midler vekk fra folkehelsearbeidet. Fordi reformen skal gjennomføres med eksterne midler, kan dette legitimere prioritering av tid og ressurser til samhandlingsreformen, framfor annet arbeid. Mange ser det som sin oppgave å sørge for at midlene som følger reformen ikke blir brukt til å dekke inn underskudd andre steder i kommunen.

6.6. VIKTIGE UTFORDRINGER I FOLKEHELSEARBEIDET FRAMOVER

En av kommunelegene peker på at måten fastlegeordningen er organisert på, hemmer folkehelsearbeidet i helsetjenesten. Vedkommende opplever at fastlegene *”er mer opptatt av å ha lange lister, enn å arbeide med andre ting utenom (kommunelege)*. Det er en utfordring, når det er helsetjenesten, fastlegene inkludert, som har oversikt over de komplekse sakene, saker som burde og kunne vært forebygget framfor reparert. Kommunelegen ser det som en stor jobb å videreformidle dette, samtidig som alt helsepersonell må oppdateres på helsefremmende arbeid.

Det blir også pekt på at legeutdanningen fremdeles er svært mangelfull, noe som gjør at samfunnsmedisinen ikke er prioritert/oppfattet som viktig. Det blir hevdet at Legeforeningen har også stått i veien for fokus på forebyggende og helsefremmende medisinsk arbeid.

Andre peker på at sykehusene gjennom sitt arbeid, treffer kommunenes innbyggere, og har en oversikt over hvor helsefremmende og forebyggende innsats kunne vært satt inn, men at denne kunnskapen ikke bli formidlet videre verken til fylkene eller kommunene.

I det kommunale arbeidet, er det stor enighet blant informantene om at kompetanse fremdeles er den største utfordringa. Det er stort behov for kompetanseheving, men flere mener det er mye viktigere at medarbeidere i kommunen får faglig påfyll ofte og i mindre doser, enn å delta på et større studium hvert 10. år. Fra kommunelegene sin synsvinkel er det tre felt der kompetansen i dag er for dårlig:

- Hvilke arbeidsmetoder og tiltak som virker, og hvilken effekt de har.
- Det er fremdeles stor mangel på helsekompetanse i planavdelingene, og plankompetanse i helseavdelingene. Det er viktigst å heve helsekompetansen i planavdelingene.
- Det finnes liten eller ingen kompetanse på hvordan en skal lede og jobbe på tvers av hierarkiske strukturer, slik både Helse i plan og Partnerskapsarbeidet legger opp til.

Kommunelegene i utvalget som kjenner godt til Helse i plan og Partnerskap, mente tiltakene var svært viktige for å få til et helhetlig folkehelsearbeid, og for å få i gang gode prosesser i kommunene på det feltet.

Med tanke på at kommunelegens nøkkelrolle er påvist i flere sammenhenger tidligere, og at folkehelsekoordinatorerne hevder at kommunelegens støtte i folkehelsearbeidet er avgjørende, kan kommunelegens involvering ha stor effekt på arbeidet med både Helse i plan og Partnerskap. Kommunelegene ser selv at de har en viktig rolle å spille, og mener at rollen deres ikke er utnyttet fullt ut.

Enkelte kommuneleger peker på at interkommunalt samarbeid på folkehelseområdet kan være en god måte å sikre tilgang på god kompetanse og personalressurser, både når det gjelder kommunelegefunksjonen og folkehelsekoordinatorfunksjonen. Det finnes enkelte interkommunale samarbeid på folkehelseområdet allerede i dag. Enkelte kommuneleger synes de ser en slitasje på folkehelsekoordinatorerne som har små stillingsandeler.

Det er ikke entydig blant kommunelegene i hvilken grad de opplever at de har et selvstendig ansvar for å innhente, bearbeide og formidle kunnskap om (folke-) helsetilstanden i befolkninga. I den grad nasjonale myndigheter har en mening om det, har signalene enten ikke kommet fram til kommunelegene, eller så makter ikke kommunelegene å oppfylle dette målet. Kommunelegene gjør det helt klart at kommunene trenger hjelp til "alt" som har med innhenting og bruk av folkehelsesdata å gjøre.

Slik det er i dag, ser det ut til å være opp til den enkelte kommunelege å involvere seg i forebyggende folkehelsearbeid. Det betyr at det er en utfordring framover å nedfelle forebyggende perspektiver, og folkehelsearbeid generelt, i kommunelegerollen, slik at det ikke er tilfeldig og personavhengig hvorvidt dette fungerer. En kan tenke seg at profesjonsutdanningene har en avgjørende rolle i dette arbeidet. Legeforeningen vil naturlig også spille en rolle for å sette primærforebyggende arbeid høyere på dagsorden.

Kommuner som har en bevisst holdning til kommunelegens funksjon i å sette fokus på primærforebyggende folkehelsearbeid, kan rekruttere engasjerte samfunnsmedisinere til kommunelegestillingene.

Hvis vi ser synspunktene fra kommunelegene i de kvalitative intervjuene i sammenheng med synspunktene fra folkehelsekoordinatorerne, er det et stort behov for at nasjonale myndigheter er tydeligere i formidlingen av hva Samhandlingsreformen skal inneholde. Selv om både kommuneleger og koordinatorerne regner med at en slik avklaring kommer, peker de på viktige sider ved reformen, som at dersom målet med reformen er i større grad å ansvarliggjøre kommunene i form av større deltakelse i behandlingsarbeidet, bør en samtidig sette større fokus på primærforebyggende arbeid gjennom reformen.

Arbeidsmetodene i Helse i plan og Partnerskap krever en annen lederkompetanse enn den som finnes i kommunene og fylkene i dag. Dette støtter de kvalitative dataene fra intervjuene med folkehelsekoordinatorerne fra begge undersøkelsene.

STOR USIKKERHET OM INNHOLD OG ROLLEFORDELING I SAMHANDLINGSREFORMEN

Som nevnt innledningsvis, var ikke samhandlingsreformen opprinnelig en del av denne evalueringen. Når nå St. meld. nr. 47 om reformen ligger fore, var det likevel naturlig å ta dette opp i de kvalitative intervjuene som ble gjennomført etter at meldingen var klar. En av utfordringene som Samhandlingsreformen skal være et svar på, er at helsetjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. Folkehelsearbeid skal i prinsippet være både helsefremmende og sykdomshindrende, og slik sett være et godt svar på en slik utfordring. Vi ser også at implementeringen av reformen kan ha konsekvenser for arbeidet med Helse i plan og Partnerskap, dersom en med reformen innfører nye arbeidsmetoder, flytter kommunenes fokus på samhandling med fylkeskommunen innen folkehelse over på medisinsk samhandling med staten, og dersom en ikke overfører erfaring fra Helse i plan og Partnerskap som metodeutviklingsprosjekter. I tillegg utelater reformen i stor grad fylkeskommunen, som kommunene nå har jobbet tett opp mot gjennom Helse i plan og Partnerskap.

Selv om Samhandlingsreformen ikke griper inn i fylkeskommunene sine oppgaver knyttet til helsetjenestene, kan implementering av reformen, og kommunenes endrete fokus i retning av behandlende arbeid påvirke deres samhandling med fylkeskommunene. Vi har derfor intervjuet både kommuner og fylkeskommuner om dette tema. Vi ser at folkehelsekoordinatorne i stor grad har sammenfallende tanker om samhandlingsreformen, og hvilke konsekvenser den kan få for folkehelsearbeidet. Som vi skal se, er det også i stor grad sammenfallende med kommunelegenes synspunkter.

Koordinatorne i kommunene om reformen

Mange har lite eller ingen kjennskap til innholdet i reformen, hvordan kommunen kommer til å forholde seg til den, eller hvordan de selv kan ha en rolle i dette arbeidet. Mange ser likevel åpenbare sammenhenger mellom innholdet i reformen og folkehelse, men vet ikke hvordan en skal formidle at folkehelsearbeidet er relevant, når det er så sterkt fokus på sykdomsbehandling, og ikke forebygging. Fokus oppleves å være på overføring av oppgaver fra sykehusene til kommunene, noe som gjør det vanskelig å se hvordan folkehelsearbeidet skal få plass:

Samhandlingsreformen (skal) tilsynelatende (ikke) dekke det forbyggende og primærhelse. Mer det å sørge for at folk ikke blir sykere, når de først er syke.(...) Sekundær- og tertiærforebygging burde være et fokus også her, "friskfaktorene" (koordinator kommune).

Redd det blir mye sjukehus og leger – reparasjonsbiten som vil få mest midler. Så blir det lite til forebyggende og helsefremmende arbeid (koordinator kommune).

Noen håper og tror at kommunene er seg sitt ansvar bevisst, når de får mer ansvar for helsetjenestene, og på den måten får insentiv til å se det forebyggende og behandlende arbeidet i sammenheng. Det er likevel vanskelig å tolke de få formuleringene som gjelder folkehelse, ettersom reformen tilsynelatende ikke skal omfatte forebyggende arbeid og primærhelse. Prosjektet *Aktiv på dagtid*, som mange kommuner driver, omfatter også brukere som er diagnostisert, og kan på den måten være relevant for de mer behandlende perspektivene i reformen.

Det er foreløpig få eller ingen signaler om hvordan kommunene generelt, og folkehelsekoordinatorne spesielt, skal forholde oss til reformen. Den er tydelig omfattende, men få, om noen, vet hvordan den skal implementeres.

Fordi innholdet i reformen så langt føles veldig uklart, synes mange det er uklart om reformen er en trussel for folkehelsearbeid, eller om den kan brukes som en støtte. Det er få som ser at fylkeskommunen kan ha noen rolle i arbeidet med reformen.

Koordinatorerne på fylkesnivå om fylkeskommunen om sin rolle

Også på fylkesnivå har en vansker med å se for seg hva reformen kommer til å bestå i, og hvilke konsekvenser det kan få for fylkeskommunene sitt helserelaterte arbeid. Enkelte koordinatore sier at fylkeskommunens ledelse innrømmer at de ikke har sett for seg noe som helst. De fleste koordinatorene på fylkesnivå, mener at den med tilpasninger kan bli veldig relevant for folkehelsearbeidet, og reformen kunne vært sett i sammenheng med den nye Folkehelseloven.

Koordinatorerne oppfatter samhandlingsreformen som en organiseringsreform, der mer av førstelinjehbehandlingen skal i kommunene. I og med det sterke fokuset på primær- og spesialisthelsetjenesten, opplever en ikke at fylkeskommunene kan spille noen rolle her. Fylkeskommunen er utafør de arenaer der samhandlingsreformen diskuteres, og fokus i kommunene følger midlene. Flere frykter at de derfor kan bli satt på sidelinja når implementeringa av reformen settes i gang.

Vi må være oppmerksom på at kommunene får en masse penger til dette, og at det kommer mye mer midler til dette nå, enn på folkehelse. De kommer til å bruke masse tid inn mot helsetjenesten! Det blir en masse viktige møter og arenaer der helsetjenesten treffes på tvers av nivåene, men der er ikke fylkeskommunen. Og det betyr at de kommer til å bruke mye mindre tid på forebyggende, samfunnsretta folkehelsearbeidet (koordinator fylkesnivå).

Koordinatorerne ute i kommunen kunne gjort en skikkelig jobb sammen med de som skal ha ansvar for samhandlingsreformen på kommunalt nivå (koordinator fylkesnivå).

Noen mener likevel at fylkeskommunene har kompetanse som burde tas i bruk i implementeringa av reformen, på bakgrunn av deres unike situasjon som nettverksbygger og arenaskaper, og i rollen som regionalt samfunnsutvikler. De kan bidra med for eksempel

- Regional samordning mellom kommuner, og mellom helse og andre sektorer
- Tilrettelegger og pådriver
- Kartlegging og formidling av data og kunnskap
- Veiledning, i form av gode eksempler

De ser også at deres oppgave må bli å bidra til å holde trykket opp på folkehelsearbeidet i kommunene, dersom fokus på samhandlingsreformen ser ut til å svekke dette, samt å sørge for at de tverrfaglige perspektivene ikke forsvinner.

OPPTRAPPINGSPLAN FOR FOLKEHELSE?

Hesledirektoratet sine tanker om en eventuell opptrappingsplan

Mange av dem vi intervjuet, har ikke noen klar oppfatning av hva en eventuell opptrappingsplan for folkehelse skal inneholde, eller hvordan den bør organiseres. De synspunktene som kom inn, er kort sammenfattet under.

Den må inneholde en visjon for hva Norge vil med folkehelsearbeidet (koordinator fylke)

Organisering

I kommunene har de liten formening om hvordan en slik opptrappingsplan bør organiseres, utover at kommunene må ha en sentral rolle.

Fra fylkeshold, er det flere som peker på at en slik opptrappingsplan må eies likeverdig av involverte direktorat og departement, slik at den ikke viderefører revirtenkning, men heller medvirker til et breiere folkehelsearbeid. Dette krever en sterkere intern samordning og tverrsektorielt samarbeid både nasjonalt og regionalt. En mener også at en opptrappingsplan krever sterk forankring i fylkesorganisasjonen, for å fungere optimalt.

Noen av kommunelegene så for seg at en slik opptrappingsplan må kobles til planarbeid i kommunene, og være bygd på langsiktige perspektiver.

Innhold

En viktig forutsetning som blir trukket fram på kommunenivået, er at en trenger et godt datagrunnlag å jobbe ut fra. Noen innsatsområder mener enkelte at det finnes dokumentert behov for, det gjelder

- fedme og kosthold
- rus
- ansvar for egen helse

Når det gjelder rus, tror en at det er nødvendig med nasjonale kampanjer. Å sette søkelys på så store tema, er umulig og/eller lite tjenlig at kommuner og fylkeskommuner bruker ressurser på hver for seg.

På tema fedme og kosthold trekker flere fram at det er viktig å legge vekt på tidlig intervensjon. Dette kan henge sammen med økt bevissthet rundt ansvar for egen helse. Utfordringa her, er å få dette til med et positivt fortegn, uten pekefinger.

Fra fylkesnivået, blir det lagt vekt på at en opptrappingsplan for folkehelse må være mindre sykdomsorientert enn samhandlingsreformen. Samtidig må det innebære at statlig nivå avgir makt og virkemidler til kommunene. Mer lokal innflytelse kan gjøre lokal tilpasning mulig, og kan bidra til et mer formålstjenlig folkehelsearbeid. En mener også at en slik plan bør gi finansiell kompensasjon til fylkene, i forbindelse med at folkehelsearbeidet har blitt en lovpålagt oppgave for fylkesnivået.

Fra kommunelegene sitt ståsted, mener en at det er viktig at en slik plan tar hensyn til både strukturelle og psykologiske faktorer, og det må finnes føringer for arbeidet som også utløser midler. Det vil være viktig å trekke inn skole og barnehage i arbeidet, fordi disse arenaene omfatter alle barn og unge. Av tema, ser ernæring, fedme, psykisk helse og sosial ulikhet i helse ut til å være viktige for kommunelegen. Som målgruppe mener flere at barn og unge bør ha et stort fokus.

Det er en stor utfordring å formidle til både kommuner og fylkeskommuner, hvordan det forebyggende arbeidet er tenkt sett i sammenheng med samhandlingsreformen, og da spesielt det primærforebyggende. Så langt, har både folkehelsekoordinatorer og kommuneleger vansker med å se at reformen handler om annet enn spesialisthelsetjenestene. Mange frykter at reformen skal ta midler og oppmerksomhet vekk fra det folkehelsearbeidet som er i gang, på den måten kan en si at reformen står i fare for å bygge ned det kommunene har brukt lang tid på å bygge opp.

Dersom det er tenkt en sterk sammenheng mellom primærforebyggende og sekundær- og tertiærforebyggende arbeid, samt behandlende arbeid, må denne sammenhengen synliggjøres overfor kommuner og fylkeskommuner. Dersom sammenhengen ikke allerede er sterk, bør en se på dette når en framover skal konkretisere innholdet i reformen og hvordan gjennomføringa skal sikre at forebyggende, helsefremmende og behandlende faktorer blir sett i sammenheng.

På fylkesnivå, mener flere at folkehelsekoordinatorene sine erfaringer bør brukes i arbeidet med samhandlingsreformen.

8. HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE; UTFORDRINGER OG MULIGHETER

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvilke effekter aktørene opplever at Helse i plan og Partnerskap for folkehelse har hatt, og hvilke utfordringer en står overfor på alle forvaltningsnivåene i det videre arbeidet med tiltakene.

8.1. OPPLEVDE EFFEKTER AV ARBEIDET MED HELSE I PLAN OG PARTNERSKAP FOR FOLKEHELSE

Gjennom intervjuene, har folkehelsekoordinatorer på fylkes- og kommunenivå gitt uttrykk for hvilke effekter de opplever at arbeidet med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse har hatt, og hvilke utfordringer de opplever at de står overfor.¹¹

På kommunenivå, oppleves Helse i plan og Partnerskap å ha hatt positiv effekt i form av

- økt kompetanse
- mer tverrfaglig samarbeid
- bedre samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene
- bedre samarbeid mellom sektorer (offentlig – frivillig)
- økning i antall praktiske folkehelseiltak

På fylkeskommunalt nivå, peker mange i tillegg på at fylkeskommunens rolle som støttespiller overfor kommunene, og deres rolle som regional utviklingsaktør, er styrket.

Økt kompetanse

Aktørene i kommunene opplever at arbeidet med tiltakene har ført til økt kompetanse på folkehelsefeltet, både politisk og administrativt. Det har også ført til gjensidig forståelse mellom fagetatene. Frivillig sektor bidrar også i større grad med sin kompetanse.

Fylkeskommunene har styrket sin kompetanse som følge av arbeidet, noe som i sin tur har kommet kommunene til gode.

Fra både kommunalt og fylkeskommunalt hold, peker aktørene på at arbeidet har bidratt til mer fokus på og bruk av folkehelsedata. Dette fører imidlertid til utfordringer, som vi kommer tilbake til.

¹¹ I tråd med resten av rapporten skiller vi ikke mellom Helse i plan og Partnerskap i dette avsnittet. Grunnen er at mange av informantene selv ikke skiller mellom tiltakene i arbeidet sitt, og dermed kan det vært vanskelig å skille effektene av de enkelte tiltakene fra hverandre.

Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglige samarbeidsgrupper er i stor grad etablert, noe som legger til rette for helhetlig forvaltning. De som jobber med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, mener at økt fokus og noe bedre vilkår for folkehelsearbeidet er resultat av en modningsprosess. I noen kommuner er prosjektfasen over, og folkehelseperspektivene er nedfelt i organisasjonen, ofte gjennom folkehelseplanen.

Særlig Helse i plan har blitt omtalt som *optimalt grense- og etatsoverskridende*. De involverte ser at det handler om å skape prosesser på tvers av fag, for å kunne se helse- og plankompetanse i sammenheng. Helse i plan blir oppfattet som et viktig verktøy i kommunenes samfunnsutviklingsarbeid.

Organisatoriske effekter/Bedret samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene

Flere melder om godt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene, i første rekke gjelder det samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner. Særlig godt jobber en på tvers av forvaltningsnivåene når det gjelder aktivitet i skolen.

Økning i tilbudet av praktiske folkehelse tiltak overfor målgruppene

Samarbeidet mellom offentlig sektor og frivillig sektor har også blitt bedre som følge av arbeidet med tiltakene, ved at begge parter har sett fordelene ved gjensidig forpliktende arbeid. Samarbeidet har medvirket til flere lavterskeltilbud, og til at grupper som ofte ikke deltar i annen organisert aktivitet, nås i folkehelsearbeidet.

Hva har vært avgjørende for å få dette til?

De **langsiktige tidsperspektivene**, som tiltakene har hatt, har vært avgjørende for å oppnå effektene som er omtalt ovenfor. I tillegg er **fylkeskommunens rolle** trukket fram. Gjennom deres **økte kompetanse, nettverkene** de har tilbudt kommunene, samt de **ferdig utformede opplegg** mange fylkeskommuner har stilt til rådighet, har de vært til uvurderlig støtte for kommunene. Fylkeskommunene har nå god erfaring med å organisere nettverk, og å fungere som faglige støttespillere for kommunene på folkehelsefeltet. Det er grunn til å tro at det er et direkte resultat av utviklingsarbeidet fylkeskommunene har hatt gjennom Helse i plan og Partnerskap for folkehelse.

I flere kommuner tar **kommunelegene** et stadig større ansvar for folkehelsesamarbeidet generelt, og i arbeidet med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse spesielt.

Til tross for at de fleste aktørene opplever at tiltakene har hatt positive effekter for folkehelsearbeidet i kommunen, har de også store utfordringer i det videre arbeidet. Vi ser på disse i de to siste avsnittene.

8.2. UTFORDRINGER OG VURDERINGER

Hovedinntrykket er at en er på rett vei med tanke på formålet med tiltakene, slik de er definert fra Helse direktoratets side. Hovedutfordringene framover, vil være å holde trykket oppe, videreutvikle faglige og sosiale møteplasser og beholde det langsiktige perspektivet. Nedenfor drøftes noen av utfordringene.

Aktører og organisering

Arbeidet med Partnerskap for folkehelse og Helse i plan har pågått i noen år, og i noen kommuner i lengre tid enn andre. Gjennom intervju med folkehelsekoordinatorerne i kommunen blir det gitt uttrykk for en viss **slitasje**. Det gjelder særlig i tilfellene der stillingsprosentene er svært små (20-50 %). Det er mulig en nå er kommet til et punkt der flere koordinatorene begynner å merke at de over lang tid har brukt fritid for å kunne gjennomføre pålagte oppgaver. Det henger trolig sammen med at midlene som er satt av i prosjektet fra nasjonalt og regionalt hold, ikke er store nok til å dekke større stillingsandeler for et stadig økende antall

deltakende kommuner. Det er likevel liten grunn til å tro at kommunene er villige til og/eller greier å dekke inn større stillinger fra egen kasse. Slik sett, bør en vurdere om det er nødvendig å øke bevilgningene, særlig til Partnerskap for folkehelse. Alternativt må det gjøres grep for å få kommunepolitikere til å prioritere folkehelsefeltet, i form av økonomiske ressurser.

Evalueringen viser ellers at **folkehelsekoordinatorfunksjonen** er plassert og organisert på svært ulike måter i kommunene. Koordinatorene på fylkesnivå erfarer at kommunene strever med å finne gode måter å forankre og organisere arbeidet på. Det er grunn til å spørre om dette har konsekvenser for selve folkehelsearbeidet, for eksempel for tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid, eller for mulighetene til å en helhetlig planforankring av folkehelsearbeidet. Hvor folkehelsekoordinatoren er plassert i systemet, har betydning for deltakelse og bidrag i planprosesser. At koordinatorfunksjonen mange steder består av svært små stillingsbrøker bidrar til at det blir vanskeligere å arbeide langsiktig og strategisk, også med tanke på planforankring. I et videre perspektiv er det relevant å spørre om dette kan være en delforklaring på folkehelsearbeidets relativt uklare status. I alle tilfeller bør kommuner og fylkeskommuner gjennomgå den organisatoriske plasseringen av koordinatorstillingen, og vurdere om det er annen plassering som kan være mer formålstjenlig.

Frivillig sektor har en egenart og en autonomi som bør ivaretas. At innsatsen deres nettopp er frivillig, kan stå i kontrast til det offentlige ønske om forpliktende samarbeid om viktige samfunnsoppgaver. Det samme gjelder kommunenes ønske om å definere målgrupper eller typer aktivitet, ut fra egne behov, som det frivillige må tilpasse seg innafor ulike tiltak som for eksempel Partnerskap for folkehelse er. Diskusjoner om hvordan en skal håndtere slike dilemma, og hva det betyr for arbeidet i både Partnerskap for folkehelse og Helse i plan, bør tas jevnlig og på alle forvaltningsnivåene. Tiltak som Partnerskap for folkehelse må ikke undergrave de frivilliges status og karakter. Diskusjoner om karakteren på samhandling mellom offentlig og frivillig sektor, henger sammen med begrepsbruken, som vi diskuterte tidligere i kapittelet. Frivillighet i samarbeid kan virke vel så stimulerende som forpliktende avtaler. Visse forpliktelser og forventninger om dialog og samarbeid vil uansett komme som følge av økonomisk støtte fra kommunen.

Når det gjelder **kommunelegene**, og deres involvering i Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, er mange kommuner ”på god vei”. Det er stor bevissthet blant kommunelegene om at de har en viktig rolle i og et stort ansvar for det primærforebyggende folkehelsefeltet. Mange folkehelsekoordinatorer etterlyser likevel større grad av involvering, og flere kommuneleger er svært usikre på i hvilken grad og på hvilken måte de kan bidra. Det forteller oss at det er avgjørende at en på alle nivåer går i gang med en diskusjon rundt kommunelegens funksjon og deres egen rolleforståelse. Slik det er i dag, ser det ut til å være personavhengig hvorvidt kommunelegen er involvert i arbeidet eller ikke. Det er tydelig at kommuneleger, som ikke personlig er opptatt av samfunnsmedisin, gjerne velger vekk den delen av arbeidet. Mange kommuner er i den situasjon at de ikke kan velge og vrake i samfunnsmedisinsk engasjerte kommuneleger, selv om de vil prioritere det. Da er vi inne på mer generelle rekrutteringsproblemer som rammer spesielt små kommuner. Større grad av interkommunalt samarbeid, slik vi har sett et par vellykkete eksempler på i evalueringen, kan være en løsning.

Evalueringen har vist at **statlige institusjoner** som NAV, helseforetak og utdanningsinstitusjoner på høyskolenivå i er lite aktiv i partnerskapene. Det er aktører som både kan tilby og tilretteleggere konkrete tiltak lokalt, og som har kompetanse når det gjelder det mer langsiktige strategiske arbeidet, som planlegging er. Disse aktørene bør inviteres til dialoger om hvordan de mer aktivt kan bidra i samarbeidet, også ut fra hvilke egeninteresser de kan ha. Gjensidig utbytte vil være en opplagt motivasjon.

Tema

Å bekjempe **sosial ulikhet i helse** har vært et nasjonalt satsingsområde siden 2004 (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). På nasjonalt nivå jobbes det hele tiden med å utvikle kunnskap om hvordan en måler og reduserer slike ulikheter. På lokalt nivå, er det å jobbe for å utjevne sosial ulikhet i helse svært ressurskrevende. Både fordi det

krever målrettet innsats mot målgrupper som kan være vanskelig å aktivisere, og fordi det kan kreve metodeutvikling og praktisk tilrettelegging. Vi vet at barn er særlig sårbare for frafall fra organisert fysisk aktivitet i overgangen mellom barneskole og ungdomsskole (Helsedirektoratet, 2008). Barn og unge anses som en viktig målgruppe for det lokale folkehelse arbeidet. Det krever tidlig intervensjon, og et godt samarbeid med barnehage og skole.

Tilrettelegging for fysisk aktivitet i nærområder, boligområder, mellom hjem og skole, mellom hjem og arbeid er en viktig del av det forebyggende arbeidet. Mange av informantene etterlyser helhetstenking, og tilrettelegging i form av gang- og sykkelveger og gatebelysning, som kan lette mulighetene til å bevege seg i nærområdene. Utforming av handlingsplaner eller kommunedelplaner rettet mot sosial ulikhet og helse; for eksempel fysisk aktivitet, grønt- og friluftsområder, ernæring, tobakk kan være viktige tiltak. Delplaner for rusforebygging, kultur og helse, eller mental helse vil direkte og indirekte trekke i samme retning. Evalueringen viser at sosial ulikhet som sådan ikke er så sterkt inne i det lokale planarbeidet for folkehelse som nasjonale myndigheter ønsker. Det kan være nødvendig å operasjonalisere satsingen på sosial ulikhet i helse. Begrepet fungerer dårlig tematisk, siden det egentlig er et uttrykk for en begrunnelse for å gjøre en innsats på konkrete andre forhold, som fysisk aktivitet, rus, ernæring osv. Evalueringen av Kommunehelseprofiler viste for øvrig at det på nettstedet ble søkt mye på 'sosial ulikhet i helse', noe som kan være uttrykk for en usikkerhet om hva en faktisk kan gjøre på det feltet. Sosial ulikhet i helse bør, i større grad enn i dag, knyttes til fysisk planlegging.

Evalueringen viser at det fremover trolig vil bli lagt mer vekt på å utvikle folkehelsearbeidet på bakgrunn av **folkehelsedata**. Fylkeskommunen har, som følge av forvaltningsreformen, fått ansvar for å holde oversikt over folkehelsestilstanden. Kommuneleger og folkehelsekoordinatorer føler at ansvaret også ligger på dem. Det er utfordringer knyttet til innhenting, tolkning og formidling av slike data, samt knyttet til utforming av tiltak på bakgrunn av slike data. Motivasjonen for å bruke mye ressurser på å tolke data og iverksette tiltak, henger sammen med hvor troverdige dataene er. Derfor blir det framover viktig å videreutvikle datainnhenting slik at dataene speiler den lokale virkeligheten på en god måte. Målrettet innsats krever målrettede data, og det bør vurderes om nasjonale myndigheter skal utforme enhetlige opplegg for hva slike oversikter skal inneholde; hva slags type statistikk, fakta og lokalkunnskap. Mer regionalt samarbeid vil kanskje også gjøre det enklere for fylkeskommunene å ivareta det ansvaret de nå er pålagt for å holde oversikt over folkehelsestilstanden i fylket, - noe de selv uttrykker usikkerhet rundt, blant annet med hensyn til hvordan de skal gjøre det og hva det innebærer.

Halvparten av kommunene har i sine planer i noen grad bestrebet seg på å se begrepene **folkehelse og bærekraftig utvikling** i sammenheng, mens en fjerdedel i stor eller svært stor grad gjør dette. På en måte kan det sies at det er et uutløst potensial her, selv om det faktisk foregår i en viss grad. Men ved å gjøre tydelig sammenhengene mellom folkehelse og bærekraft, - så vel de overordnede begrepene som de konkrete og operasjonaliserbare delbegreper og -forhold, - ville en styrke mulighetene for synergieffekter.

Samhandlingsreformen aktualiserer flere problemstillinger i folkehelsearbeidet. Gjennom Helse i plan og Partnerskap for folkehelse har kommunene og fylkeskommunene god erfaring med å trekke i samme retning på tvers av forvaltningsnivåene. Samhandlingsreformen legger opp til økt interaksjon mellom den statlige spesialisthelsetjenesten, og kommunehelsetjenestene, men utelater fylkeskommunen. Ut fra et folkehelseperspektiv, bør det jobbes for et utvidet helsebegrep, der primærforebyggende arbeid er sentralt., Det gode folkehelsearbeidet som allerede er gjort, må ligge til grunn. Det gjelder også å bygge videre på den samhandlingen som Partnerskap for folkehelse og Helse i plan har ført til internt i kommunene.

8.3. SLUTTKOMMENTARER

Når Helsedirektoratet framover skal bidra til å styrke det lokale folkehelsearbeidet, er det viktig å ta med seg at arbeid gjennom tiltak som Partnerskap og Helse i plan, vil være prosesser som må oppfattes som dynamiske.

Begrepsbruk

Evalueringen tar utgangspunkt i tema som myndighetene definerer inn under **begrepet folkehelse**, det vil si som direkte eller indirekte bidrar til å forebygge sykdom og fremme helse. Dette gir et svært vidt og til dels diffust begrep. Forebyggende og helsefremmende arbeid er arbeid som angår mange etater og sektorer. Nettopp fordi forebygging ikke er en spesiell etats ansvarsområde, kan det være vanskelig å forankre og få god oppslutning om den typen arbeid.

En annen effekt av å velge et svært vidtfavnende begrep kan være manglende politisk forståelse for betydningen av forebygging. Generelt påpekes det at det finnes liten politisk vilje i kommunene til å prioritere forebyggende arbeid gjennom økonomiske bevilgninger, selv om alle er enige om at det er viktig. Evalueringen viser også at viktigste suksessfaktor for etablering av partnerskap for folkehelse, slik det oppleves i kommunene, er at folkehelse tema forankres i politisk og administrativ ledelse.

Forebygging som begrep er ikke entydig i seg selv, men kan variere med vitenskapsteoretiske syn og ulike paradigmer. Schanche hevder i rapporten *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis* (Schanche, 2005) at begrepet derfor må være gjenstand for diskusjon og avklaring, dersom det skal gi mening. Ulike innfallsvinkler kan ha betydning for hvordan man ser på kunnskapsinnhenting og effektmålinger, iverksetting av tiltak og ansvarsfordeling i det forebyggende arbeid (individ – samfunn). Effektmålinger av forebyggende arbeid, og tolkningene av disse, kan være svært komplisert, blant annet fordi potensielle resultater tidsmessig kommer relativt lenge etter innsatsen. I ettertid kan det være vanskelig å peke på årsakssammenhenger, fordi også mange andre faktorer kan ha spilt inn. Derfor er forebygging vanskelig å selge inn til politikere. De utfordrende sidene ved forebyggende arbeid kommer en ikke utenom, derfor er det viktig å holde disse sidene fram for politikere, og ta dem opp til diskusjon. Det må fokuseres på langsiktige perspektiver, og generelle vilkår for forebyggende arbeid. Samtidig som effektmåling av forebyggende arbeid er komplisert, viser mye forskning at forebyggende arbeid har betydning for helsetilstanden, for eksempel på områder som røyking, kosthold og fysisk aktivitet. Slik forskning blir ofte oppsummert fra nasjonalt hold og nedfelt i ulike retningslinjer. Trykket på det forebyggende arbeidet må holdes oppe fra nasjonalt hold, blant annet gjennom å formidle slik forskning.¹²

Partnerskap for folkehelse

Begrepet partnerskap har vist seg å bli oppfattet på mange ulike måter, og tillagt flere tolkninger og innholdsdefinisjoner. Hovedinntrykket er likevel at partnerskap oppfattes å skulle bygge på gjensidig forpliktelse og likeverdighet mellom partene. I Partnerskap for folkehelse byr en slik tolkning på flere utfordringer:

- Partnerskap mellom fylkeskommunene og kommunene bygger vanligvis på avtaler som fylkeskommunene for en stor del utformer. De velger fokusområder, som kommunene må adoptere,

¹² For eksempel Aktivitetshåndboken; Fysisk aktivitet i forebygging og behandling (Helsedirektoratet, 2008), Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes: Forebygging, diagnostikk og behandling (Helsedirektoratet, 2009) og Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

og de legger føringer på hvordan midlene som kanaliseres gjennom partnerskapet, skal brukes. Krav om folkehelsekoordinator i en viss stillingsandel ligger ofte til grunn. Fylkeskommunene velger også hvilken type faglig og organisatorisk støtte kommunene kan få som følge av inngått avtale, alt etter hva fylkeskommunen har av faglige ressurser og målsetninger.

- Begrepet samarbeid blir i dag for det meste brukt i stedet for partnerskapsbegrepet lokalt. Vi mener det er viktig å fortsette å ta hensyn til frivillighetens karakter, slik den ser ut til å være ivaretatt i dag. Det er flere trekk ved frivillig sektor, som tilsier at det ikke er viktig eller tjenlig å innføre partnerskapsbegrepet på dette nivået. Spørsmålet må være om det styrker folkehelsesamarbeidet å innføre begrepet, eller om det kan virke som unødig byråkratiserende overfor frivillige organisasjoner. Som vi også så av diskusjonen over, er det viktig å diskutere begrepet *frivillighet*, fordi det virker inn på hvordan det offentlige går frivillig sektor i møte gjennom samarbeid.

Partnerskap for folkehelse bygges på flere nivåer, og med flere siktemål. *Institusjonelle partnerskap* mellom kommuner og fylkeskommuner setter plan- og utviklingsarbeidet på folkehelsefeltet inn i en ramme. Dette må være et formalisert samarbeid, som det kommunene har med fylkene gjennom Partnerskap for folkehelse. Institusjonaliserte partnerskap er viktige fordi de kan bidra til aksept og legitimitet for arbeidet på kommunenivå. Kommuner og fylkeskommuner må få tid til å videreutvikle de partnerskapene som er opprettet gjennom Partnerskap for folkehelse. Samtidig er det viktig å legge rammene for å utvide tilbudet om partnerskap til alle kommuner som ønsker det.

Partnerskap for folkehelse på regionalt nivå, kan kalles *taktiske partnerskap*. I de regionale partnerskapene har en involvert flere aktører som i stor grad kan ha stor betydning for gjennomføring folkehelsearbeidet. Vi har sett at mange av disse er passive, eller lite aktive, i partnerskapene. Det vil framover være viktig å bidra til at disse partnerskapene kommer til å fungere bedre enn de gjør i dag.

Når det gjelder *operative partnerskap*, som vi kan karakterisere partnerskapene mellom kommunene og de frivillige, er disse i teorien kjennetegnet ved formalisering og klar arbeidsdeling. Som vi har nevnt tidligere, står trekk som sterk formalisering i kontrast til kjennetegn ved det frivillige. De teoretiske kjennetegnene ved operative partnerskap passer dermed ikke på partnerskapene mellom kommuner og frivillige organisasjoner, og det blir viktig ikke å la teori komme i veien for praktiske løsninger.

Vi har i liten grad sett at nasjonale myndigheter danner strategiske partnerskap sammen med regionale og lokale myndigheter for å sette folkehelsesaker på dagsorden. Slike *strategiske partnerskap* er etterlyst særlig fra lokalt hold, fordi det å sette slike saker på dagsorden krever mer ressurser enn de råder over. Her tenker vi at en fra nasjonalt hold kan bidra gjennom å bruke media mer aktivt, utforme nasjonale kampanjer som setter problemstillinger fra folkehelsefeltet på dagsorden og som også kan bidra til å gi folkehelsearbeidet politisk legitimitet.

Partnerskap vil alltid dras mellom selvstendig autonomi i partnerskapet, og myndighetenes behov for styring. Likeverd, tillit og gjensidig avhengighet er viktige trekk ved partnerskap, og det er avgjørende at en er bevisst på dette når en velger en videre strategi for partnerskapsarbeidet.

Helse i plan

Vi mener å se at kommunene er kommet relativt langt i den taktiske og operative planlegginga, knytta til utforming av handlingsplaner og konkrete aktiviteter, selv om det fortsatt mangler en del på at målsetningene som blir utformet på folkehelsefeltet blir nedfelt i økonomiplaner og budsjett. Det kan henge sammen med at kommunene jobber mindre med strategisk og institusjonell planlegging, slik at forankring oppover i kommuneorganisasjonen, administrativt og politisk, ennå ikke er god nok. Det er grunn til å tro at jo mindre tid en er tildelt arbeidet med Helse i plan (og Partnerskap), jo mindre mulighet har en til å jobbe med denne typen planlegging, som kan være svært tids- og arbeidskrevende.¹³ Å drive fram strategisk og institusjonell planlegging krever kanskje også en annen type kompetanse enn ved å drive fram taktiske og operative grep, slik at det er utfordrende for en og samme ansatte og dekke et slikt spekter av oppgaver. Underveisrapporten til NIBR viste at en stor andel kommuner driver kompetanseutvikling innafor områdene *plan- og prosess*, og *folkehelsepolitikk og policyutforming*, slik at kommunene er bevisste på at denne kompetansen er viktig (Hofstad & Vestby, 2009). Både kommuner og fylkeskommuner trenger hjelp til å bygge opp denne kompetansen, noe som ikke trenger å være begrenset til folkehelsefeltet. Også her er det avgjørende av nasjonale myndigheter samordner sitt arbeid overfor forvaltningsnivåene under.

Som vi har vært inne på over, er kommunene godt i gang når det gjelder å oppfylle behovet for samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. Mellom sektorene varierer dette mer. Frivillig sektor ser ut til å bli stadig mer involvert i folkehelsearbeidet, mens mange fortsatt opplever det som vanskelig å utvikle partnerskap med privat sektor. Her kan det være formålstjenlig å bruke nettverksarenaene som er utviklet for kommunene, for å diskutere problemstillinger knyttet til samarbeid med privat sektor. Kan partnerskapsbegrepet, og forståelsen av det, stå i veien? Er privat sektor allerede involvert, men med andre "merkelapper"? Hvordan kan kommunene balansere kommersielle og frivillige interesser mot hverandre? Diskusjon av slike og lignende spørsmål, kan bidra til større selvtillit til å fatt på arbeidet ut mot privat sektor. Når det gjelder den interne tverrsektorielle organiseringen, viser undersøkelsen en stor andel kommuner har opprettet tverrfaglige arbeidsgrupper. Å bidra til at disse samarbeidsgruppene "holder ut", ser verdien i samarbeidet og i stadig større grad integrerer helhetlige folkehelseperspektiver i sitt daglige arbeid, blir viktig framover. Fra nasjonalt hold, kan en her bidra gjennom styringssignaler fra de ulike sektormyndighetene, for å legitimere og forankre arbeidet ytterligere. Ikke minst kan de gå foran som gode eksempel, ved i større grad å samordne sitt arbeid på nasjonalt nivå.

Innledningsvis skisserte vi hvordan vi mener at Helse i plan må nedfelle seg i kommunene sitt arbeid, dersom en skal lykkes med det innovasjons- og metodeutviklingsprosjektet det er ment å være.

1. Det er viktig å gjøre folkehelsearbeid til en *kontinuerlig politisk prosess*, for å påvirke planlegginga institusjonelt, strategisk, taktisk og operativt.
2. Kommunene må i sin *samfunnsplanlegging* må gjøre folkehelsearbeidet til et prioritert område, og at de greier å utvikle partnerskap både vertikalt mellom styringsnivåa (nasjonalt, regionalt, kommunalt og lokalt), og horisontalt mellom styringssystem (privat, offentlig og frivillig sektor), og internt på tvers av egne sektorer.
3. Folkehelsearbeidet blir konkretisert gjennom partnerskapsavtaler, der kommunen som organisasjon følger opp sin del av disse partnerskapene i sin *virksomhetsplanlegging* (økonomiplan, langtidsbudsjett, årsbudsjett med mer).

Til grunn for planarbeidet bør kommunene kartlegge status for folkehelsearbeidet. Utforming av en folkehelseprofil tufta på bruk av ulike verktøy (Kommunehelseprofil, levekårsdata fra SSB, KOSTRA osv.) vil være en formålstjenlig måte å starte på. Å kartlegge kompetansen i kommunen er også et viktig grep i dette arbeidet. Å starte med ei kartlegging av status er et svært godt grunnlag for å kunne lage gode planar og sette i

¹³ Som vist på side 19 i NIBR sin underveisrapport (Hofstad & Vestby, 2009), har 63 % av folkehelsekoordinatorer mindre enn 40 % av sin tid avsatt til folkehelsearbeid.

verk relevante tiltak som kan fremme folkehelsen. Felles for arbeidet med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, er at folkehelsedata er etterspurt, men at det er store utfordringer knyttet til utarbeiding av variabler for å måle folkehelsestanden og til bruken av slike data.

Siktemålet med Partnerskap for folkehelse og Helse i plan er å se folkehelse i en helhetlig sammenheng, og å samarbeide om felles utfordringer på tvers av forvaltningsnivåer, fag og sektorer. Arbeidet med tiltakene ser ut til å være gode grep med tanke på å fremme folkehelse, og vi ser at det er stort sammenfall mellom tiltakene både når det gjelder måten de er organisert på, hvem som jobber med tiltakene og hvilke utfordringer en står overfor i det videre arbeidet. Til tross for at mye fungerer godt, er det grunn til å se nærmere på både organisering, finansiering og tematiske prioriteringer i begge tiltakene, for å videreutvikle dem i tråd med behovene i kommuner og fylkeskommuner. I dette siste avsnittet har vi pekt på hvilke utfordringer det er viktig å gripe fatt i.

BIBLIOGRAFI

(u.d.).

Axelsson, R., & Axelsson, S. (2009, 4). From territoriality to altruism in interprofessional collaboration and leadership. *Journal of Interprofessional Care*, ss. 320-330.

Axelsson, R., & Axelsson, S. (2007). Samverkan og folkehälsa - begrepp, teorier och praktisk tillämpning. I R. Axelsson, & S. Axelsson, *Folkehälsa i samverkan mellan professioner, organisationer och samhällssektorer*.

Bergem, R., Ouff, S. M., & Aarflot, U. (2008). *Fra sofaen til sykkelsetet. Evaluering av Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet*. Volda: Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.

Bergem, R., Ouff, S. M., Aarflot, U., & Hanche-Dalseth, M. (2009). *Partnarskap for folkehelse og Helse i plan. Undervegsrapport*. Volda: Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.

Båtevik, F. O., Tønnesen, A., Barstad, J., Bergem, R., & Aarflot, U. (2008). *Ein resept å gå for? Evaluering av modellar for fysisk aktivitet, røykeslutt og sunt kosthald*. Volda: Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.

Den norske Legeforening. (2009, August 26.). *Legeforeningen.no*. Henta Februar 2010 frå <http://www.legeforeningen.no/id/155748.0>

Den norske Legeforening. (2009). *Prinsipp- og arbeidsprogram 2009-2011 for Den norske legeforening*. Henta Februar 2010 frå [legeforeningen.no](http://www.legeforeningen.no/id/155748.0): <http://www.legeforeningen.no/id/155748.0>

FN. (1992). *Agenda 21*. Henta Desember 14., 2008 frå un.org: <http://www.un.org/esa/sustdev/documents/agenda21/english/agenda21toc.htm>

Frøyen, Y. K., & Ørnes, E. (2009). *Analyse av barnehagestatistikk - status for utbygging og ventelister pr. 20. september 2009*. Oslo: Asplan Viak.

Glendinning, C. (2002, Vol 30 no 1). Partnerships between health and social services: developing a framework for evaluation. *Policy and Politics*, ss. 115-127.

Helgesen, M. K., Hofstad, H., & Vestby, G.-M. (2008). *Kommunehelseprofiler. Kommunenens bruk av Helsedirektoratets nettsted*. Oslo: NIBR Norsk institutt for by- og regionforskning.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (Folkehelseloven)*. Henta Februar 2010 frå <http://www.lovdatab.no/all/hl-20090619-065.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2006). *Nasjonal strategi for det tobakksforebyggende arbeidet 2006-2010*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Henta Februar 2010 frå regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

Helsedepartementet. (2002-2003). *St. meld. nr. 16 Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Oslo: Helsedepartementet.

Helsedirektoratet. (2008). *Aktivitetshåndboken. Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2009). *Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2008). *Fysisk aktivitet blant barn og unge i Norge. En kartlegging av aktivitetsnivå og fysisk form hos 9- og 15-åringer*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009). *Nøkkeltall for helsesektoren. Rapport 2009*. Henta Februar 15., 2010 frå helsedirektoratet.no:
http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00277/N_kkeltall_for_hels_277139a.pdf
- Hofstad, H., & Vestby, G.-M. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hovik, S., & Stigen, I. (2008). *Kommunal organisering 2008. Redegjørelse for kommunal- og regionaldepartementets organisasjonsdatabase*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR).
- Kommunal og regionaldepartementet. (2009). *Om lom om endringer i forvaltningslovgivningen mv. (gjennomføring av forvaltningsreformen)*. Henta Februar 2010 frå regjeringen.no:
<http://www.regjeringen.no/pages/2120277/PDFS/OTP200820090010000DDDPDFS.pdf>
- Kommunal- og regionaldepartementet. (2007). *St.meld. nr. 12. Regionale fortrinn - regional framtid*. Henta Februar 2010 frå regjeringen.no: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/krd/dok/regpubl/stmeld/2006-2007/Stmeld-nr-12-2006-2007-.html?id=440990>
- Myrvold, T. (2001). *Smått og godt? Om de minste kommunenes evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikatoriskusjon*. Oslo: NIBR.
- Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner. (2010). *Målsettinger for Norsk nettverk av helse- og miljøkommuner*. Henta 2010 frå www.hmnett.no
- Schanche, V. A. (2005). *Forebyggende og helsefremmende arbeid, fra forskning til praksis*. Narvik: Nordnorsk kompetansesenter - Rus, ved Nordlandsklinikken.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Gradientutfordringen - en handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Tverdal, A., & Bjartveit, K. (2005, 14). Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. *Tobacco Control*, ss. 315-320.
- Whilman, U., Lundborg, C., Axelsson, R., & Holmstrøm, I. (2008). *Barriers of inter-organisational intergration in vocational rehabilitation*. *International Journal of Intergrated Care* - vol 8.
- WHO. (1986, November 21.). Ottawa Charter for Health Promotion. *First International Coneference on Health Promotion*.

STATUS SIDAN I FJØR- GENERELT OM ARBEIDET

- Nye aktører i partnerskapen? Nokon ut? Kvifor?
- Fungerer partnerskapen annleis? Eventuelt korleis?
- Synspunkt på partnerskapmodellen som reiskap i folkehelsearbeidet
- Arbeidet internt i kommunen – aktørar, arbeidsmåtar osv.

FOLKEHELSETEMA

- Korleis vert det arbeidd med dei folkehelse tema som er valde i kommunen?
- Korleis er ulike tema (rus, psykisk helse, tannhelse mfl) integrerte i folkehelsearbeidet?
- Korleis er ulike tema integrerte i andre sektorar i kommunen?

DIREKTORAT OG REGIONALT NIVÅ SINE ROLLER?

- Kva meiner du at direktoratet/departement må gjere/legge til rette for å få erfaringane med Partnerskap for folkehelse (og Helse i plan) over i ordinær drift?
- Kva meiner du at fylkeskommunen/regionalt nivå må gjere/legge til rette, for å få erfaringane med Partnerskap for folkehelse (og Helse i plan) over i ordinær drift?

ULIKE SEKTORAR SI ROLLE/TVERRSEKTORIELT SAMARBEID

- Kva er helsetenesta si rolle i folkehelsearbeidet? Kven er aktørane? Kva rolle spelar dei? Kva er evt til hinder/grunnen til at helsetenesta ikkje er (meir) involvert i folkehelsearbeidet?
- Korleis opplever du at det vert arbeidd med folkehelse på tvers av fag og sektorar i kommunen?
- Kva er ulike sektorar si rolle i folkehelsearbeidet i kommunen?
- Korleis vert det samarbeidd om folkehelse mellom offentleg, privat og frivillig sektor?
- Kva er potensialet for samhandling om folkehelse (mellom offentleg, privat og frivillig sektor)?

FOLKEHELSESTATUS I KOMMUNEN

- Korleis arbeider kommunen med å kartlegge/få oversikt over folkehelsesituasjonen i kommunen (kommunehelseprofilar, metodeutvikling)? Kven er med?
- Korleis vert datagrunnlaget integrert med dei lokale mobiliseringsprosessane som planlova krev?

SAMHANDLINGSREFORMA

- Korleis trur du at kommunane ser for seg deira rolle i samhandlingsreforma?
- Korleis ser du for deg ein eventuelt opptrappingsplan for folkehelse?

Spørsmål som først og fremst gjeld kommunar som er med i Helse i plan:

UTDANNING/KOMPETANSE

- Korleis vurderer du behovet for kompetanse knytt til arbeidet med folkehelse (særleg plan- og prosesskompetanse)? Kva kompetanse, hos kven?
- Vidareutdanning, etterutdanning, organisering (lokalt, regionalt, sentralt, korleis)?

ANNA/OPE

OM STATUS SIDAN I FJOR – GENERELT OM ARBEIDET

- Nye aktører i partnerskapen? Nokon ut? Kvifor?
- Fungerer partnerskapen annleis? Eventuelt korleis?
- Få fram synspunkt på partnerskapsmodellen som reiskap i folkehelsearbeidet
- Arbeidet internt i fylket – aktørar, arbeidsmåtar osv.

DIREKTORATET SI ROLLE, KOMMUNAR, REGIONALT NIVÅ

- Kva meiner du at direktoratet/departement må gjere/legge til rette for å få erfaringane med Partnerskap for folkehelse (og Helse i plan) over i ordinær drift?
- Kva føresetnader må vere til stades på regionalt nivå?
- Kva kan kommunane greie sjølve, kva har dei føresetnader for å greie sjølve? (kompetanse, organisering mm)
- Kvar (tema, plan/prosess, samarbeid osv) ser det ut til at kommunane treng mest hjelp?
- Kva er viktig/nødvendig for ordinær drift i kommunane, sett frå fylkesnivået si side?

SAMHANDLINGSREFORMA

- Korleis ser du for deg fylket si rolle i samhandlingsreforma?
- Korleis ser du for deg ein eventuelt opptrappingsplan for folkehelse?

ANNA/OPE

VEDLEGG 3: INTERVJUGUIDE – KOMMUNELEGE

KJENNSKAP TIL TILTAKA

- I kva grad kjenner du til arbeidet med Partnerskap for folkehelse (evt Helse i plan)?
- Kva erfaringar og oppfatningar har du om denne måten å drive helsearbeid på?

HELSETENESTA OG KOMMUNELEGENE SIN ROLLE

- Kva er helsetenesta si rolle i folkehelsearbeidet, slik du ser det? Kven er aktørane? Kva rolle spelar dei? Kva er evt til hinder/grunnen til at helsetenesta ikkje er (meir) involvert i folkehelsearbeidet?
- Kva er kommunelegen si rolle, slik du ser det?

TVERRSEKTORIELT SAMARBEID

- Korleis opplever du at det vert arbeidd med folkehelse på tvers av fag og sektorar i kommunen?
- Kva potensial meiner du det er for samhandling om folkehelse internt i kommunen og mellom nivå?

FOLKEHELSEDATA

- Korleis arbeider kommunen med å kartlegge/få oversikt over folkehelsesituasjonen i kommunen? (kommunehelseprofilar, metodeutvikling, anna)? Kva rolle spelar kommunelegen/ane i dette arbeidet?
- På kva måtar vert datagrunnlaget/status for folkehelsa brukt som utgangspunkt for tiltak/satsingar/måtar å arbeide på? Kva rolle spelar kommunelegen/ane i dette arbeidet?

OPPTRAPPINGSPLAN

- Korleis ser du for deg ein eventuelt opptrappingsplan for folkehelse?

SAMHANDLINGSREFORMA

- Korleis trur du at kommunane ser for seg deira rolle i samhandlingsreforma?

ANNA/OPE