

Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene

GØRIL KVAMME LØSET & MARIJKE VEENSTRA



NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Forebyggende helsearbeid i kommunene

GØRIL KVAMME LØSET
MARIJKE VEENSTRA

Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
NOVA Rapport 6/2015

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) er fra 1. januar 2014 et forskningsinstitutt ved Senter for velferds- og arbeidslivsforskning (SVA) på Høgskolen i Oslo og Akershus (HiOA).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

© Velferdsforskningsinstituttet NOVA
Høgskolen i Oslo og Akershus 2015

ISBN (trykt utgave) 978-82-7894-554-4
ISBN (elektronisk utgave) 978-82-7894-555-1
ISSN 0808-5013 (trykt)
ISSN 1893-9503 (online)

Illustrasjonsfoto: © colourbox.no
Desktop: Torhild Sager
Trykk: Allkopi

Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:
NOVA, HiOA
Stensberggata 26 · Postboks 4, St. Olavs plass, 0130 Oslo
Telefon: 67 23 50 00
Nettadresse: www.hioa.no/nova

Forord

Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet ved Høgskolen på Gjøvik, Norsk Institutt for by- og regionforskning (NIBR) og Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA ved HiOA) gjennomfører på oppdrag av Norges forskningsråd prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner». Det treårige prosjektet (2012–2015) er finansiert gjennom Program for helse- og omsorgstjenester.

Evalueringen er bygd opp over tre arbeidspakker. Innenfor disse gjennomføres flere delprosjekter:

Arbeidspakke A omfatter casestudier av modeller for tjenesteyting som er under utvikling når det gjelder tre tilstander eller diagnosegrupper som har vært særlig fokusert på i forbindelse med Samhandlingsreformen:

- «Øyeblikkelig hjelp»-tjenester
- Rehabilitering
- Forebyggende helsearbeid

Arbeidspakke B omfatter analyser av tre nye organisasjonsmodeller og rutiner som er under utvikling:

- Samarbeidsavtaler mellom kommuner og helseforetak
- Interkommunale samarbeidsordninger
- Andre organisatoriske mekanismer og rutiner i samhandlingen mellom sykehus og kommunene.

Arbeidspakke C omfatter analyser av korttidseffekter av de finansielle virkemidlene i Samhandlingsreformen, i første rekke betalingsordningen for utskrivningsklare pasienter og kommunal medfinansiering av innleggelser innen medisinske DRG-er.

NOVA har blant annet ansvar for å gjennomføre delprosjektet omkring det forebyggende helsearbeidet i kommunene (under Arbeidspakke A). I denne rapporten presenteres resultatene fra en spørreundersøkelse som er gjennomført blant kommunale ledere i 76 kommuner, en gjennomgang av det kommunale planverket i 27 kommuner og en case-studie som er gjennomført i tre kommuner. Vi vil rette en stor takk til våre samarbeidspartnere ved Universitetet i Oslo, Senter for omsorgsforskning, Østlandet, ved Høgskolen på Gjøvik og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) for bidrag til datainnsamlingen og tilbakemeldinger underveis i prosjektet. Alle informantene skal også ha en stor takk for å ha tatt seg tid til å delta i undersøkelsen. Til slutt vil vi takke Heidi Gautun for kvalitetssikring av rapporten.

Oslo, juni 2015

Gøril Kvamme Løset og Marijke Veenstra

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	7
1 Innledning	11
1.1 Bakgrunn	12
1.2 Perspektiver på folkehelsearbeid i kommunene	13
1.3 Folkehelsearbeid i det kommunale planverket	16
1.4 Samarbeid med andre myndigheter	19
1.5 Målsetning	22
2 Metode	23
2.1 Spørreundersøkelse blant ledere i 76 kommuner	23
2.2 Gjennomgang av planverket til 27 kommuner	26
2.3 Case-studie av tre kommuner	27
3 Kommunal planlegging i et folkehelseperspektiv	31
3.1 Omtale av folkehelse i planverket	31
3.2 Forankring av folkehelse i case-kommunenes planarbeid	34
3.3 Oppsummering	43
4 Ressursbruk og samarbeid	45
4.1 Opplevelsen av ressursbruk og samarbeid – resultater fra spørreundersøkelsen	45
4.2 Ressursbruk og samarbeid i case-kommunene	52
4.3 Oppsummering	66
5 Oversikt over helseutfordringer og utforming av tiltak	69
5.1 En oversikt over kommunenes folkehelse tiltak: resultater fra spørreundersøkelsen	69
5.2 Folkehelse tiltak og folkehelseperspektiver i case-kommunene	75
5.3 Oppsummering	89
6 Avslutning	91
6.1 Sterkere forankring i det kommunale planverket	91
6.2 Økte ressurser til kommunalt folkehelsearbeid?	93
6.3 Begrenset betydning for tverrsektorielt samarbeid?	93
6.4 En bredere forståelse av folkehelse tiltak?	94
6.5 Til slutt	95
Referanser	97
Summary	99
Vedlegg 1: Oversikt over kommuneutvalget med 76 kommuner	103
Vedlegg 2: Kommuneundersøkelsen - folkehelsedelen	105
Vedlegg 3: Intervjuguide for informantene i case-studien av tre kommuner	109
Vedlegg 4: E-post sendt til informantene i case-studien	111

Tabell- og figuroversikt

Tabell 1.1 Eksempel på kommunale forebyggende tiltak for hele populasjonen og den eldre delen av befolkningen.	15
Tabell 2.1 Kjenntegn for utvalget i Kommuneundersøkelsen etter kommunestørrelse i 2012 (antall innbyggere).	25
Tabell 2.2 Kjenntegn for de tre kommunene i case-studien.	29
Tabell 3.1 Oversikt over indikatorer som nevnes i de 27 kommunenes planverk i 2014.	32
Tabell 4.1 Samhandlingsreformen og oppfatninger om ressursbruk til forebyggende helsearbeid.	46
Figur 4.1. Kommunenes ressursbruk på forebyggende helsearbeid i dag sammenlignet med for fem år siden.	46
Figur 4.2. Andel (%) informanter fra kommuner i fire regioner som har angitt økt ressursbruk på det forebyggende helsearbeid i dag sammenlignet med for fem år siden.	47
Tabell 4.2. I hvilken grad samarbeider kommunene med andre myndigheter i forbindelse med det forebyggende helsearbeidet?	48
Figur 4.3. Andel (%) kommuneledere som angir at de samarbeider mye om det forebyggende helsearbeidet med ulike myndigheter.	49
Figur 4.4. Andel (%) som mener at fastlegens rolle er viktig/meget viktig, samt andel som mener at samarbeidet med fastlegen er (meget) bra (dikotome variabler), inndelt etter tredelt kommunestørrelse.	50
Figur 4.5. Andel (%) som har folkehelsekoordinator og stillingsandel, etter tredelt kommunestørrelse.	52
Figur 5.1. Andel kommuner (%) som har konkrete forebyggende tiltak for å redusere omfanget av opplistede lidelser/sykdommer.	70
Figur 5.2. Andel kommuner (%) som mener at deres forebyggende arbeid har størst innvirkning på å redusere antallet av følgende lidelser/sykdommer	72

Sammendrag

Et sentralt mål med Samhandlingsreformen er å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, både ved at kommunene skal settes i stand til å utføre noen av de oppgavene som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten, og ved at det skal skje en større satsing på forebyggende helsearbeid i kommunene slik at færre får alvorlige helseproblemer og bruk for spesialisthelsetjenester. Samtidig med at Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 ble Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven) innført. Loven er en del av Samhandlingsreformen og et rettslig virkemiddel som regulerer kommunenes ansvar for det forebyggende helsearbeidet.

I denne rapporten presenteres funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner». Hensikten med rapporten er å belyse hvorvidt Samhandlingsreformen har påvirket prioritering og koordinering innenfor det kommunale forebyggende helsearbeidet i perioden 2013–2015. Vi fokuserer på tre tema: (1) det kommunale planverket, (2) organisering og ressursbruk, og (3) utforming av folkehelseiltak. Vi spør:

- Bidrar Samhandlingsreformen til en sterkere forankring av folkehelse og folkehelsearbeidet i det kommunale planverket?
- I hvilken grad og hvordan er det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og samarbeidet utad (offentlige myndigheter, andre kommuner etc.) ivaretatt?
- Har Samhandlingsreformen ført til endringer i kommunenes ressursbruk til folkehelsearbeidet?
- Kan vi se tendenser til et trendskifte i utformingen av forebyggende tiltak i kommunen?

Metode og datamateriale blir drøftet i kapittel 2. Datamaterialet i evalueringen bygger på en større spørreundersøkelse som ble gjennomført blant kommunale ledere i 76 kommuner i 2013, altså over ett år etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft, en gjennomgang av planverket til 27 av disse kommunene i 2013

og 2014, og en case-studie som ble gjennomført februar 2015 blant tre kommuner med et relativt sterkt fokus på forebyggende helsearbeid.

Resultatene i kapittel 3 er basert på en gjennomgang av planverket til 27 kommuner og semi-strukturerte intervjuer med informantene fra de tre case-kommunene. To tredjedeler av de 27 kommunene hadde per desember 2014 et planverk som omtalte folkehelseprofilen og hadde oversikt over befolkningens helsetilstand. Svært få planverk inneholdt imidlertid en oversikt over lokale faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Ifølge informantene fra de tre case-kommunene har folkehelse blitt et enda tydeligere satsingsområde i det kommunale planverket etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft, ved at det har blitt et eget punkt i alle politiske saker som behandles.

I kapittel 4 beskrives det i hvilken grad Samhandlingsreformen har påvirket kommunens ressursbruk og organisering av det forebyggende helsearbeidet. Både data fra case-studien i tre kommuner og spørreundersøkelsen blant ledere i 76 kommuner ble brukt for å få en oversikt over opplevelsen av ressursbruk og samarbeid innen folkehelse. Omtrent tre av ti kommuneansatte opplevde at det i stor eller meget stor grad har vært en økning i kommunens ressursbruk på forebyggende helsearbeid. Også informantene fra case-studien antyder en økning i kommunens ressursbruk på folkehelse etter at reformen trådte i kraft. Imidlertid er det ingen av informantene som antyder at ressursene har gått til nye eller flere helseforebyggende tiltak. Økte ressurser ser først og fremst ut til å gå med til organisering og planlegging av kommunens folkehelsearbeid i form av midler til å opprette en folkehelsekoordinatorstilling, lage helseoversikter, deltagelse i planforum og/eller strategi- og arbeidsgrupper for folkehelse.

Resultatene fra case-studien tyder også på et sterkt samarbeid mellom kommunen og fylkeskommunen. Samarbeidet har blitt endret med reformen i den forstand at rollene mellom partene har blitt klarere. Samhandlingsreformen har så langt hatt begrenset betydning for det tverrsektorielle folkehelsearbeid i kommunen. Fokus på det tverrsektorielle folkehelsearbeidet henger trolig sammen med flere andre forhold i tiden rundt da reformen inntraff, for eksempel opprettelse av folkehelsekoordinatorstillinger.

Resultatene fra kapittel 5 illustrerer at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven kan ha bidratt til en bredere forståelse av folkehelseiltak, nærmere bestemt at det kommunale folkehelsearbeidet har blitt mer helsefremmende, og ikke bare sykdomsforebyggende. Blant helseindikatorne i folkehelseprofilene er det hjerte-kar sykdom (inkludert diabetes) og fedme som kommunene anser å ha størst forebyggingspotensiale. Fysisk aktivitet og kostholdsveiledning, gjerne i regi av frisklivssentralen, omtales som de vanligste tiltakene for å forebygge disse lidelsene i befolkningen. Noen informanter fra case-studien opplever at tiltakene nå i større grad dreier seg om påvirkningsfaktorer for sosial ulikhet i helse og helsefremmende levevaner enn tidligere. Samtidig er det usikkert om det går et skarpt skille med reformen.

Rapportens hovedfunn oppsummeres og diskuteres i kapittel 6. Så langt har Samhandlingsreformen med Folkehelseloven:

- Bidratt til at folkehelse i økende grad forankres i det kommunale planverket
- Økt kommunenes bruk av ressurser på organisering og planlegging av folkehelsearbeidet
- Hatt begrenset betydning for kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid
- Bidratt til en bredere forståelse av folkehelseiltak

Hittil er effekten av Samhandlingsreformen mest fremtredende i planstadiet, i utviklingen av lokale folkehelseplaner og kommuneplaner. Dette er i tråd med styringssignalene i reformen som understrekes ytterligere i den nye folkehelsemeldingen. Hvorvidt forankringen av folkehelsearbeid i kommunal planlegging også fører til flere helsefremmende tiltak på tvers av sektorer gjenstår derfor å se.

1 Innledning

Stortinget vedtok i april 2010 en samhandlingsreform for helsetjenesten som trådte i kraft 1. januar 2012. Forslaget om Samhandlingsreformen er presentert i St.meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid.* Et sentralt mål med reformen er å få til et bedre samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale hjelpeapparatet. Et annet sentralt mål er å redusere etterspørselen etter spesialisthelsetjenester, både ved at kommunene skal settes i stand til å utføre noen av de oppgavene som i dag utføres i spesialisthelsetjenesten, og ved at det skal skje en større satsing på forebyggende helsearbeid i kommunene slik at færre får alvorlige helseproblemer og bruk for spesialisthelsetjenester. Endringer i sykdomstilstanden i befolkningen og en økning i antall eldre om noen få år, er ytterligere argumenter for å styrke de forebyggende helsetjenestene i kommunen (St.meld. nr. 47 (2008–2009)).

I denne rapporten presenteres funn fra en delstudie som inngår i prosjektet «Prosessevaluering av Samhandlingsreformen». I delstudien er søkelyset rettet mot målsettingen om å satse på folkehelsearbeid i kommunene. Samhandlingsreformen er en retningsreform som gjennomføres over flere år. Prosessevalueringen skjer parallelt med selve innføringen av Samhandlingsreformen for å muliggjøre anbefalinger og råd om tilpasninger underveis i gjennomføringsperioden. Hensikten med delstudien er å belyse hvorvidt Samhandlingsreformen har påvirket prioritering og koordinering innenfor det kommunale folkehelsearbeidet i perioden 2013–2014. Datamaterialet i evalueringen bygger på en større spørreundersøkelse som ble gjennomført blant kommunale ledere i 76 kommuner i 2013, altså ett år etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft, en gjennomgang av planverket til 27 av disse kommunene i 2013 og 2014, og en case-studie som ble gjennomført tidlig 2015 blant tre kommuner med et relativt sterkt fokus på folkehelsearbeid.

Før vi spesifiserer nærmere hvilke spørsmål som er belyst, vil vi gi en kort beskrivelse av hvordan Samhandlingsreformen er tiltenkt å stimulere det kommunale folkehelsearbeidet, og presentere noen resultater fra foreliggende undersøkelser på dette feltet.

1.1 Bakgrunn

Samtidig som at Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012 ble Lov om folkehelsearbeid (Prop. 90 L (Folkehelseloven)) innført. Loven er en del av Samhandlingsreformen og et rettslig virkemiddel som regulerer kommunenes ansvar for folkehelsearbeidet (§ 4-7):

- Kommunen skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.
- Kommunen skal fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler kommunen er tillagt, herunder ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting.
- Kommunen skal medvirke til at helsemessige hensyn blir ivaretatt av andre myndigheter og virksomheter. Medvirkning skal blant annet skje gjennom råd, uttalelser, samarbeid og deltagelse i planlegging. Kommunen skal legge til rette for samarbeid med frivillig sektor.

En viktig målsetting med Samhandlingsreformen er at behandlingsbehov skal identifiseres tidlig i sykdomsforløpet slik at det kan settes inn tiltak som reduserer risikoen for at kronisk sykdom utvikles eller forverres og krever behandling fra spesialisthelsetjenesten. Både Folkehelseloven og Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, som også trådte i kraft 1. januar 2012¹, utgjør verktøy for å kunne nå Samhandlingsreformens intensjon om å forebygge mer og reparere mindre.

Siden 2010 har det vært en økning i kommunenes frie inntekter, men disse midlene har imidlertid ikke vært øremerket til forebyggende arbeid. Til tross for at det å styrke helsefremmende og forebyggende arbeid er en av hovedmålsettingene med Samhandlingsreformen, har det ikke frem til nå blitt overført øremerkede midler for å oppnå denne målsettingen.

¹ Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester erstattet Kommunehelsetjenesteloven og deler av Sosialtjenesteloven. Samtidig ble det foretatt endringer i svært mange andre sentrale lover, herunder Spesialisthelsetjenesteloven og Pasient- og brukerrettighetsloven.

Fra 1. januar 2012 ble kommunene pålagt å betale dagbøter på 4000 kr per døgn for pasienter som blir liggende i sykehus fra første dag spesialisthelsetjenesten har definert pasienter som utskrivningsklare (jf. Statsbudsjettet 2012 og Kommuneproposisjonen 2012, om fordelingen av midler til kommunal medfinansiering og utskrivningsklare pasienter). Hensikten med å innføre dagbøter var at kommunene skulle ta et større ansvar for å yte tjenester til pasienter på et lavere og mindre kostbart behandlingsnivå. En hensikt med å innføre et medfinansieringsansvar for noen pasientgrupper som skrives inn i sykehus var at kommunene i større grad skulle drive forebygging slik at behovet for spesialisthelsetjenesten ble mindre. Plikten til medfinansiering ble i St.meld. nr. 47 begrunnet med at kommunene i større grad ville se på kostnader til forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap i sammenheng med utgifter til bruk av sykehus. Å igangsette tiltak for innbyggere med stor risiko for innleggelse eller reinnleggelse på sykehus, og raskere mottak av utskrivningsklare pasienter, blir i stortingsmeldingen forventet at vil lønne seg for kommunene. Ved å bygge ut folkehelseiltak ble det ansett at kommunene ville spare penger til å medfinansiere sykehusinnleggelser. Ordningen med kommunal medfinansiering av sykehustjenester har blitt utsatt for sterk kritikk, og fra 1.1.2015 har denne ordningen blitt opphevet.

1.2 Perspektiver på folkehelsearbeid i kommunene

Folkehelsearbeid er samfunnets, i denne rapporten kommunens, «innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen» (Lov om folkehelsearbeid, Prop. 90 L (2010–2011, s. 57)). I forebyggende øyemed har man tradisjonelt sett skilt mellom tre ulike nivåer: primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Tertiær- og sekundærforebygging utover symptomfri fase (dvs. intervensjon ved begynnende faresignaler eller uhelse og å hindre tilbakefall av sykdom) regnes ikke som del av folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2010, s. 22–23). Folkehelsearbeid kan virke langs to ulike akser: helsefremming og sykdomsforebygging. Helsefremming innebærer en offensiv (proaktiv) innsats for å styrke befolkningens helse, mens forebygging involverer en defensiv (reaktiv) innsats

for å opprettholde befolkningens helse gjennom å hindre forekomsten av sykdom og skader. I praksis vil arbeid langs disse to aksene utfylle og overlappe hverandre i den forstand at de fleste helsefremmende tiltak også vil kunne ha en forebyggende effekt og vice versa (Helsedirektoratet, 2010).

Folkehelseloven fremmer en dreining i folkehelsepolitikken fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. *Sykdomsperspektivet* vektlegger forebyggende innsats for å hindre forekomsten av bestemte sykdommer, lidelser eller tilstander, mens *påvirkningsperspektivet* er rettet mot (bakenforliggende) faktorer som påvirker helsen og tydeliggjøring av sammenhengen mellom ulike helserelaterte faktorer, samt den sosiale fordelingen av disse faktorene som påvirker helsen. Påvirkningsperspektivet promoterer dermed bredt folkehelsearbeid på tvers av sektorer for å fremme gode oppvekst- og levekår, tilrettelegge for sunne levevaner og skape et samfunn som oppmuntrer fellesskap, trygghet og deltagelse (Lov om folkehelsearbeid, Prop. 90 L (2010–2011), s. 30). En kartlegging av kommunenes folkehelsearbeid i 2011 (før Samhandlingsreformen med Folkehelseloven ble iverksatt) viser at kommunene synes å vie mest oppmerksomhet mot risikoreduserende tiltak (et nokså tradisjonelt sykdomsperspektiv) og konkluderer med at kommunene kun er i startfasen når det gjelder folkehelsearbeid i et påvirkningsperspektiv (Helgesen, & Hofstad, 2012).

En sentral problemstilling i folkehelsearbeidet er hvem de helsefremmende og forebyggende tiltakene skal rettes mot. Det målrettede folkehelsearbeidet deles gjerne inn i tre nivåer alt etter hvem som er målgruppen for tiltakene. *Universelle* tiltak retter seg mot hele befolkningen, eller store samfunnsgrupper. Eksempler på dette er vaksinasjonsprogram for barn og unge, eller røykfrie soner på offentlige steder. De universelle tiltakene er som regel knyttet til lovgivning slik som røykeloven, restriksjoner på salg av alkohol og nøkkelhullmerking av matvarer. *Selektive* tiltak går på sårbare grupper i befolkningen som har særskilte kjennetegn slik som for eksempel fallforebygging blant eldre. Disse tiltakene tilbys oftest i hjelpetjenestene til personer som er henvist dit. *Indikative* tiltak er grep som er viet enkeltindivider med særlige helsemessige kjennetegn. Dette kan for eksempel være rådgivning og støtte til røykeslutt. Fastlegen er gjerne den som tar initiativ til indikative tiltak. Det er de universelle og selektive tiltakene som i størst grad inngår i folkehelsearbeidet, mens de indikative tiltakene vanligvis inngår i kurative tjenester (Helsedirektoratet, 2010).

Tabell 1.1 gir en oversikt, utarbeidet av NIBR, over etablerte folkehelse-tiltak for hele befolkningen, samt tiltak som er spesielt rettet mot eldre i kommunene (Helgesen m. fl., 2014).

Tabell 1.1 Eksempel på kommunale forebyggende tiltak for hele populasjonen og den eldre delen av befolkningen.

Folkehelseiltak for hele befolkningen	Folkehelseiltak for eldre	
	Universelle tiltak	Selektive tiltak
Aktiv fritid	Aktivitetssenter 67+	Dagrehabilitering
Bysykler	Helsestasjon for eldre	Diabetespoliklinikk
Friluftspark	Hjemmebesøk 65+	Ernæring i institusjon
Turgrupper	Hjemmebesøk 80+	Fallforebygging
Turkart	Kulturell spaserstokk	Hjemme-rehabilitering
Universell utforming av friluftsområder	Rullatorfestival	Hukommelsesteam
Åpen hall	Seniordans	Mestringstilbud til KOLS-pasienter
Trygge lokalsamfunn	Senioruke	Trygghetsterapeut
Røykfrie soner	Sittedans	
	Sosiale møteplasser	
	Stavgangskurs	
	Trening 60+	
	Trimgrupper	

Kilde: Helgesen m.fl., 2014.

Folkehelsemeldingen «God helse – Felles ansvar» (St.meld. nr. 34 (2012–2013)) beskriver et nasjonalt system for styringsdata om folkehelse, som er laget for å gi statlige myndigheter oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Det er etablert åtte områder som man ønsker å bygge et faglig solid indikatorsystem for folkehelsearbeid rundt:

- Økonomiske levekår og bolig
- Sosial støtte og deltakelse
- Trygge og helsefremmende miljøer
- Sunne valg
- Oppvekst
- Arbeidsliv
- Systematikk i folkehelsearbeidet
- Aktiv aldring

(Helsedirektoratet, 2014c).

«Aktiv aldring» er en forholdsvis ny indikator innenfor folkehelsearbeidet, som vi har satt noe fokus på i denne rapporten. Hvordan kan Samhandlingsreformen bidra til at kommunene i større grad satser på tiltak som fremmer aktiv aldring. Vi fokuserer i mindre grad på tiltak knyttet til barn, ungdom og skole, som til nå har fått større oppmerksomhet både i offentligheten og forskningen. *Aktiv aldring* beskrives av Verdens helseorganisasjon som en prosess for å optimalisere mulighetene for god helse, trygghet og deltakelse i samfunnet for således å bedre livskvaliteten hos alle, og særlig hos eldre (psykisk, mentalt og sosialt velvære). Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet fremhever en aktiv, sunn og trygg aldring som de viktigste faktorene for å skape et aldersvennlig samfunn som tilrettelegger for deltakelse og inkludering av alle aldersgrupper i Norge (tverrsektorielt folkehelsearbeid) (Helsedirektoratet, 2014c). Utfordringen så langt ser ut til å være å utvikle gode, kunnskapsbaserte tiltak innenfor disse indikatorområdene. Dermed er mange kommuner fortsatt usikre på hva de kan/bør/skal gjøre, og hvordan (Helgesen m.fl., 2014).

1.3 Folkehelsearbeid i det kommunale planverket

Gjennom Samhandlingsreformen og Folkehelseloven (§ 6) har det kommet ytterligere krav til forankring av folkehelsearbeidet i det kommunale planverket. Kommuneplanen skal etter loven «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller» (§ 3-1, bokstav f, Plan- og bygningsloven, 2008), og «alle offentlige organer har rett og plikt til å delta i planleggingen når den berører deres saksfelt eller deres egne planer og vedtak» (§ 3-2, Plan- og bygningsloven, 2008). Lovbestemmelsene for kommunenes planverk er ment å medvirke til å gjøre folkehelsearbeidet til en fortløpende og delvis forutsigbar prosess som etableres på politisk og administrativt nivå.

Plan- og bygningsloven (2008) omfatter en rekke bestemmelser for innholdet i kommunenes planverk. Kommuneplanen skal omfatte en samfunnsdel med handlingsdel og arealdel som skal inkludere viktige mål, strategier og oppgaver i alle kommunens sektorer (§ 11-1). Samfunnsdelen skal være det overordnede, strategiske styringsdokumentet til kommunen og være en premiss for senere vedtak på de områdene som planen omfatter (Lovkommentar, Klima- og miljødepartementet, 2009; Veileder kommuneplanprosessen,

Klima- og miljødepartementet, 2012; § 11-1, Plan- og bygningsloven, 2008). Dersom kommunen anser det som hensiktsmessig, kan det inngå kommunedelplaner for temaer eller virksomhetsområder i kommuneplanens samfunnsdel, som for eksempel en delplan om folkehelse (§ 11-2, Plan- og bygningsloven, 2008). Handlingsdelen danner grunnlaget for de prioriteringer kommunen skal foreta med tanke på ressursbruk, planleggings- og samarbeidsoppgaver, og beskriver de tiltakene som kan iverksettes innenfor kommunens økonomiske begrensninger (§ 11-3, Plan- og bygningsloven, 2008). I tillegg er kommunen pålagt å utarbeide en planstrategi som gir føringer for planleggingsbehovet og prioriterte planoppgaver i den kommunale valgperioden (§ 10-1, Plan- og bygningsloven, 2008), men dette kan slås sammen med kommuneplanen. Kommunestyret er pålagt å utarbeide, drøfte og vedta planstrategien innen ett år etter konstituering. Siste kommunevalg var i 2011 og de fleste planstrategiene i denne studien vil dermed være datert fra 2012, året Samhandlingsreformen trådte i kraft.

Kommunene kan selv vurdere hvordan folkehelse skal inkluderes i de kommunale planene. Så langt er det ulik praksis om hvorvidt kommunene velger å lage egne temaplaner for folkehelse eller om dette integreres i kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. «Helse i alt vi gjør»-prinsippet skal uansett ligge til grunn for tiltak og strategier som utformes i alle sektorer, og slik sett fremme det tverrsektorielle folkehelsearbeidet gjennom planverket. Helsedirektoratet kom høsten 2011 med en veileder hvor det, kort oppsummert, anbefales følgende arbeidsprosess for planlegging av folkehelsearbeidet i kommunene (Helsedirektoratet, 2011):

1. Kartlegging og oversikt over kommunens utfordringer i planperioden
2. Mål for utvikling i kommunen
3. Synliggjøre prioriteringer

Kommunens arbeid med å fremskaffe oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer er grunnlaget for innsyn i folkehelsesituasjonen og utgangspunkt for utvikling av relevante tiltak gjennom kommuneplanarbeidet. En oversikt over kommunens folkehelseutfordringer bør derfor, ifølge Folkehelseloven, inngå i planstrategien (Lov om folkehelsearbeid § 5 og § 6, 2012; Forskrift om oversikt over helsetilstanden (1. juli 2012)). Oversikten skal være skriftlig og

identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Oversikten skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig gjennom kommunehelseprofilene (§ 20 og § 25), statistikk fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene (Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) 2011, § 3-3), samt andre typer kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Gjennom Folkehelseslovens § 7 plikter kommunen å iverksette nødvendige tiltak for å møte egne folkehelseutfordringer og gi informasjon, råd og veiledning om hvordan befolkningen selv kan bidra til å fremme helse og forebygge. Prioriteringene bør gjenspeile føringene i planstrategien.

Vektlegging av folkehelse i kommunal planlegging var introdusert før Samhandlingsreformen. For eksempel gjennomførte Helsedirektoratet i perioden 2005–2010 innovasjons- og metodeutviklingsprosjektet «Helse i plan». Bakgrunnen for denne satsingen ble lagt i folkehelsemeldingen «Resept for et sunnere Norge (St. Meld. nr. 16 (2002–2003)) der samfunnsplanlegging blir løftet fram som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet. Målsettingen med Helse i plan var todelt:

- Forankre eller planfeste folkehelsetiltak i ordinære plan- og styringsdokumenter
- Kompetanseoppbygging på plan- og prosess innen helsesektoren

Tretti-én kommuner i åtte fylker var med i Helse i plan. Evalueringer av denne satsingen underveis og etter prosjektets slutt viste at kommuner som deltok i Helse i plan i større grad var fokusert mot folkehelsearbeid gjennom blant annet tverrsektorielt samarbeid sammenlignet med andre kommuner. Prosjektkommunene hadde også i større grad fått folkehelsearbeid inn i kommuneplanene. Helse i Plan ble ansett som et viktig verktøy for å gjøre folkehelsearbeidet til et prioritert område av samfunnsplanleggingen, og dermed for å styrke og sikre det brede, langsiktige folkehelsearbeidet (Ouff m.fl., 2010; Hofstad, & Vestby, 2009). «Helse i plan»-prosjektet er i ettertid fulgt opp med «Kommunetorget», en nettbasert veiledningstjeneste for planlegging

og iverksetting av lokalt folkehelsearbeid (www.kommunetorget.no; Helsedirektoratet, 2014c).

Så langt har tidligere studier av forebyggende helsearbeid i det kommunale planverket antydnet at godt over halvparten av kommunene (68 prosent) omtaler folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel. Grønt- og friluftsområder (fysisk miljø) og levekår er de temaene som i størst grad inkluderes i de kommunale planene (Ouff m. fl., 2010, Helgesen, & Hofstad, 2012). I egne kommunedelplaner for folkehelse er det levevanerelaterte temaer (slik som ernæring og fysisk aktivitet) som i størst grad har vært i fokus (Helgesen, & Hofstad, 2012; Helgesen m. fl., 2014).

1.4 Samarbeid med andre myndigheter

Kommunene har ansvar for å sikre samarbeid og forankre det forebyggende helsearbeidet på tvers av kommunesektorer og hos aktører utenfor kommunen (se også Folkehelselovens § 4, tredje ledd, som delvis er en videreføring av kommunehelsetjenesteloven § 1-4, annet ledd). For å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet tilrådes det at kommunene etablerer en koordinatorfunksjon (Lov om folkehelsearbeid, Prop. 90 L (2010–2011)). Det anbefales at folkehelsekoordinatorene arbeider på et strategisk nivå og opp mot det politiske nivået. For mindre kommuner er det aktuelt å inngå interkommunalt samarbeid rundt en folkehelsekoordinatorstilling for å sikre tilgang til kompetanse. Allerede i 2011 hadde 74 prosent av kommunene en folkehelsekoordinator, hvorav 19 prosent var i full stilling (stillingsbrøk 90–100 prosent) (Helgesen, & Hofstad, 2012).

Etter § 32 i Folkehelseloven er det Statens helsetilsyn som har det overordnede ansvaret for faglig tilsyn med fylkeskommunenes og kommunenes folkehelsearbeid. I dette ansvaret ligger det å føre tilsyn med at folkehelsearbeidet er i henhold til loven og å følge opp fylkesmennenes oppsikt med folkehelsearbeidet i fylkeskommuner og kommuner, deriblant sørge for at Fylkesmannen gjennomfører landsomfattende tilsyn. Statens helsetilsyn utarbeidet en veileder for fylkesmennenes tilsyn som ble prøvd ut under et pilottilsyn for folkehelse av Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, Vest-Agder og Østfold i til sammen ni kommuner i 2013. Tilsynet gikk ut på å granske om kommunene hadde løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og

faktorer som kan påvirke denne, samt om kommunene hadde en organisering som gjorde at kravet til utarbeiding av en samlet oversikt hvert fjerde år ble ivarettatt. Veilederen for tilsynet ble revidert med bakgrunn i erfaringer fra dette pilottilsynet og lå til grunn for et landsomfattende tilsyn for folkehelsearbeidet som fylkesmennene gjennomførte i 60 kommuner i 2014. Tilsynet omfatter nå også en vurdering av om kommunene iverksetter folkehelse tiltak med utgangspunkt i den løpende oversikten over befolkningens helse. En sammenfattet rapport med hovedfunnene fra tilsynet og drøfting av konsekvenser og oppfølging publiseres i 2015 (Helsetilsynet, 2014; Helsetilsynet 2015).

For å understøtte Samhandlingsreformen er det blant annet etablert et nasjonalt nettverk som skal ha en samordnende informasjons- og veiledningsrolle overfor kommunene. Nettverket er sammensatt av sentrale myndigheter, med representanter fra KS/kommuner, de regionale helseforetakene, de aktuelle departementer og direktorater, samt fylkesmennenes samhandlingsrådgivere. KS arbeider generelt for å sikre kommunesektoren best mulige rammebetingelser for å ivareta en selvstendig og nyskapende kommunesektor, og har lenge etterlyst mer ressurser til folkehelsearbeid i kommunene. *Fylkesmannen* er statens representant i fylket og utgjør en viktig rolle som fagorgan for fylkeskommuner og kommuner innen folkehelsearbeid. Fylkesmannen skal systematisk overvåke situasjonen og utviklingen innen folkehelse i fylket. Fylkesmannen skal også formidle og iverksette den nasjonale folkehelsepolitikken i de tilfeller der iverksettingen skal gjøres likt i alle kommuner, og koordinere fylkets folkehelsearbeid. *Fylkeskommunen* skal være pådriver for folkehelsearbeidet i fylket og samordne det brede tverrsektorielle arbeidet (jf. §5, Lov om folkehelsearbeid, Prop. 90 L (2010–2011)). De har også ansvaret for å utforme en fylkeskommunal helsepolitikk i samråd med kommunene og staten. Ett av virkemidlene for å sikre bredt samarbeid (tverrfaglig og sektorovergripende) og gjennomføringskraft i fylkets folkehelseinnsats, er å inngå partnerskap for folkehelse (lansert i St. meld. nr. 16 (2002–2003), Resept for et sunnere Norge). Partnerskapsavtaler som inngås mellom fylkeskommunen og dets kommuner utgjør et formalisert og forpliktende arbeid mellom likeverdige partnere som har ulike roller og ansvar for å nå folkehelsemålet. *Helsedirektoratet* overvåker folkehelsen og påvirkningsfaktorer, og tilrettelegger

kunnskapen for regionale og lokale myndigheter, herunder kommunene. Helsedirektoratet har utarbeidet en rekke nasjonale veiledere og retningslinjer og står også bak «Kommunetorget» som er en praksisrettet, elektronisk veiledningstjeneste for planlegging og iverksetting av lokalt folkehelsearbeid (se også f.eks. Helsedirektoratet, 2011; Helsedirektoratet, 2013b). *Regionale helseforetak* (RHF) og *helseforetakene* (HF) har gjennom Samhandlingsreformen et formelt samarbeid med kommunene blant annet gjennom samarbeidsavtale 10 som omfatter samvirke om forebyggende tiltak (Tjenesteavtale 10: Samarbeid om forebygging). Kommunen kan inngå avtale alene eller sammen med andre kommuner. Avtalen bør beskrive:

- Hvilke forebyggende områder det er aktuelt å samarbeide om og ansvars- og oppgavefordelingen på disse områdene.
- Lærings- og mestringsarenaer.
- Helseovervåkning, herunder analyse av befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.
- Råd og bistand vedrørende miljø- og grupperettede tiltak, herunder bistand ved miljøhendelser med helsemessige konsekvenser.

Fastlegen og kommunelegen har en nøkkelrolle i arbeidet med å styrke det individrettede forebyggende arbeidet som en integrert del av helsetjenestetilbudet. Med Samhandlingsreformen blir denne rollen enda viktigere. Fastlegens ansvar for forebyggende tjenester er nærmere omtalt i Prop. 91 L (2010–2011) om helse- og omsorgstjenesteloven. Bestemmelsen (til § 20 Individrettet forebygging som integrert del av tjenesten) sier at fastlegen skal tilby forebyggende tiltak overfor personer der det avdekkes betydelig risiko for utvikling av sykdom eller funksjonssvikt eller forverring av etablert sykdom eller funksjonssvikt. Typiske henvisninger fra fastlegen gjelder frisklivssentral, røykeavvenningstilbud eller lærings- og mestringstiltak. En frisklivssentral er en kommunal helse- og omsorgstjeneste som tilbyr kunnskap og støtte til å endre levevaner (f.eks. fysisk aktivitet, kosthold, tobakk og psykisk helse). Målgruppen for disse sentralene er i hovedsak personer med levestil som fører til økt risiko for å utvikle livsstilsrelatert sykdom eller lidelser, og som trenger hjelp til å endre levevanene (Helsedirektoratet, 2013a). Utfordringen er å tilby

tilpassede lavterskeltilbud i nærmiljøet på områdene tobakk, ernæring og fysisk aktivitet, innbefattet tilstrekkelig kompetanse og hensiktsmessig organisering av tilbudet (Samhandlingsreformen 7.6.2, s.83–84). I følge en tidligere rapport fra NIBR (Helgesen, & Hofstad, 2012) hadde 82 prosent av kommunene en kommunelege, mens 22 prosent hadde en avtale med kommunens fastleger. Generelt kan det være en utfordring for samarbeidet omkring det forebyggende helsearbeidet i kommunene at viktige deler av den kommunale helsetjenesten blir levert av aktører som er organisert utenfor den kommunale organisasjonen, som eksempelvis fastleger og avtalefysioterapeuter. Fastleger og avtalefysioterapeuter har ikke kommunen som oppdragsgiver, de driver private virksomheter og er kun tilknyttet kommunene gjennom avtaler. Se også Meld. St. 13 (2011–2012) Utdanning for velferd (i Folkehelsemeldingen).

1.5 Målsetning

Formålet med denne rapporten er å belyse hvordan Samhandlingsreformen (fra 1. januar 2012) bidrar til prioritering og koordinering av folkehelsearbeidet i kommunesektoren. Vi fokuserer på tre tema: (1) det kommunale planverket; (2) organisering og ressursbruk; og (3) utforming av folkehelseiltak.

Vi spør:

1. Hvorvidt bidrar Samhandlingsreformen til en sterkere forankring av folkehelse og folkehelsearbeidet i det kommunale planverket?
2. I hvilken grad og hvordan er det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og samarbeid utad (offentlige myndigheter, andre kommuner etc.) ivaretatt?
3. Har Samhandlingsreformen medført en endring i kommunenes ressursbruk til folkehelsearbeidet?
4. Kan vi se tendenser til et trendskifte i utformingen av folkehelseiltak i kommunen?

2 Metode

For å undersøke problemstillingene som er omtalt i kapittel 1 analyserer vi data fra: (i) en spørreundersøkelse gjennomført blant kommunale ledere i 76 kommuner i perioden august 2013 til mars 2014; (ii) en gjennomgang av planverket til 27 kommuner våren 2013 og desember 2014; og (iii) en case-studie som er gjennomført i tre kommuner i februar 2015.

2.1 Spørreundersøkelse blant ledere i 76 kommuner

I perioden august 2013 – mars 2014 ble det gjennomført en spørreundersøkelse blant ledere av pleie- omsorgssektoren i 76 kommuner (se vedlegg 1 for en oversikt over kommunene). I alt 48 av kommunene er valgt ut fra et kommuneforskningspanel som er utarbeidet av de fem Sentrene for omsorgsforskning. Kommunene i panelet har gjennom skriftlige avtaler med sentrene forpliktet seg til å delta i forskningsprosjekter. Disse 48 kommunene utgjør et tilnærmet representativt utvalg av norske kommuner når vi stratifiserer etter region (Østlandet, Sørlandet, Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge) og befolkningsstørrelse. De øvrige kommunene i utvalget er vertskommuner for undervisningssykehjem og/eller hjemmetjeneste. Disse utviklingssentrene er en nasjonal satsing som skal bidra til å styrke pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Elleve av kommunene i utvalget var også med i «Helse i plan»-prosjektet som ble omtalt innledningsvis.

Spørreundersøkelsen ble gjennomført for å innhente informasjon til andre delprosjekter enn forebyggingsprosjektet som presenteres i denne rapporten. Hovedfokus var på innhold, fordeling og kvalitet i kommunenes pleie- og omsorgstjenester, inkludert «øyeblikkelig hjelp»-tilbud. Spørsmål om kommunenes forebyggende helsearbeid inngikk som en liten del av det totale spørreskjemaet. Spørreskjemaet besto stort sett av spørsmål med strukturerte svarkategorier. Spørsmålene er utformet for å måle informantenes vurderinger av samarbeid med fastlege, ressursbruk, betydning av Samhandlingsreformen for kommunens forebyggende helsearbeid, bruk av folkehelseprofiler og tiltak i forbindelse med utbredte kroniske sykdommer (se vedlegg 2 for en fullstendig oversikt over spørsmålene). I noen tilfeller ble respondentene gitt mulighet til å utdype sine

svar med ytterligere kommentarer. Dette gjaldt for spørsmålene 3, 9 og 11. Disse svarene har blitt analysert for samme underutvalg av de 27 kommunene som var gjenstand for gjennomgangen av planverket (se avsnitt 2.2).

Kommunene ble fordelt mellom fem forskere slik at én forsker hadde ansvar for å gjennomføre spørreundersøkelsen i en gitt kommune. Flere informanter kunne være til stede. Spørreundersøkelsen varte fra én til to timer avhengig av hvor mange som deltok, og hvor mye diskusjon som var nødvendig før informantene hadde samstemt seg om hva de skulle svare. I møtet med hver kommune ble maksimalt tre informanter registrert med bakgrunnsinformasjon om kjønn, utdanning og fartstid i kommunen. Til sammen var det 125 informanter som deltok. Blant disse var det 13 kommunalsjefer, 31 PLO-sjefer/virksomhetsledere (Pleie- og omsorgsavdelingen), 37 rådgivere/konsulenter, 17 avdelingsledere, 13 sykehjemsledere, 12 ledere fra hjemmetjenestene og 2 kommuneleger. Gjennomsnittlig fartstid i kommunen for førsteinformanten (som oftest hovedinformanten) var 14,5 år. Ettersom hovedfokuset i spørreundersøkelsen var på kommunenes pleie- og omsorgstjenester, var kun én av informantene folkehelsekoordinator. Informantene var altså inkludert på grunn av deres ekspertise innenfor pleie- og omsorgstjenester, og kan, særlig i større kommuner, ha mindre god oversikt over det forebyggende folkehelsearbeidet i kommunen. Fordi mange av kommunene er del av et kommuneforskningspanel kan det også være at de er noe mer aktive på alle kommunepolitiske områder. I så fall vil resultatene kunne gi et noe mer positivt bilde av kommunenes folkehelsearbeid enn dersom alle norske kommuner hadde vært inkludert.

Data fra de 76 kommunene har blitt koblet sammen med følgende variabler fra KOSTRA-databasen (Kommune-Stat-Rapportering) (Statistisk sentralbyrå, 2014):

- Antall innbyggere per 31.12.2012
- Frie inntekter per innbygger i 2012
- Andel eldre 80+ år i kommunenes befolkning i 2012
- Andel eldre 80+ år i kommunenes befolkning framskrevet (MMMM-alternativet²) frem til 2035

² MMMM står for «mellomalternativet» og er SSBs hovedalternativ for befolkningsframskrivninger der de legger til grunn middels utvikling i fruktbarhet, levealder, innenlandske flyttinger og innvandring.

Frie inntekter består av rammetilskudd og skatteinntekter som kommunene fritt kan disponere uten andre bindinger enn statens gjeldende lover og regler. Disse inntektene utgjør om lag 80 prosent av kommunesektorens samlede inntekter (inkl. momskompensasjon). Vi inkluderer også Statistisk sentralbyrås framskrivninger av kommunens befolkningstall og alderssammensetning (andel eldre over 80 år) frem til år 2035. Sistnevnte variabler danner blant annet grunnlaget for å undersøke forutsetningene for det forebyggende helsearbeidet i kommuner med relativt stor framtidig befolkningsaldring. Vi bruker en tre-delt variabel som beskriver kommunestørrelse, der de minste kommunene har færre enn 7 000 innbyggere, de mellomstore kommunene har mellom 7 000 og 20 000 innbyggere og de største kommunene 20 000 eller flere innbyggere. Nesten halvparten av de 76 kommunene hører til under Helse Sør-Øst (totalt 36 kommuner), mens de øvrige kommunene fordeler seg noenlunde likt over de andre helseregionene (mellom 12–15 kommuner).

Tabell 2.1 gir en oversikt over noen sentrale bakgrunnsvariabler for kommunene i utvalget. Samlet sett har dette utvalget av kommuner en overrepresentasjon av større kommuner. Mens 2,3 prosent av norske kommuner har mer enn 60 000 innbyggere, utgjør slike store kommuner 11,8 prosent av vårt utvalg.

Tabell 2.1 Kjennetegn for utvalget i Kommuneundersøkelsen (N=76) etter kommunestørrelse i 2012 (antall innbyggere) (Statistisk sentralbyrå, 2014).

Variabel	Kommunestørrelse (antall innbyggere)			Total (N=76)
	<7000 (n=27)	7000–19999 (n=20)	20000 el. Flere (n=29)	
Innbyggere 2012 gj.snitt (SD)	2699 (1646)	11087 (3350)	79401 (117712)	33572 (79615)
Andel i regionalt helseforetak				
Helse Vest (n)	18,5 (5)	15,0 (3)	13,8 (4)	15,8 (12)
Helse Midt-Norge (n)	11,1 (3)	25,0 (5)	17,2 (5)	17,1 (13)
Helse Nord (n)	22,2 (6)	30,0 (6)	10,3 (3)	19,7 (15)
Helse Sør-Øst (n)	48,1 (13)	30,0 (6)	58,6 (17)	47,4 (36)
Gj.snitt andel eldre >80 år i 2012	6,1	4,6	4,3	5,0
Gj.snitt andel eldre >80 år i 2035	8,9	7,3	6,4	7,5
Frie midler i 2012, median (IQR)	55821 (15602)	46043 (6179)	42987 (1676)	45896 (9049)

Andel eldre over 80 år i utvalget er i gjennomsnitt 5 prosent i 2012. De minste kommunene (under 7000 innbyggere) har en noe større andel eldre (6 %) sammenlignet med større kommuner (4 %). Dersom vi ser på beregnede

framskrivninger for befolkningssammensetningen i 2035, vil de minste kommunene gjennomsnittlig ha nesten 9 prosent av sin befolkning som er over 80 år. Tabellen viser også at de minste kommunene jevnt over har mere frie midler per innbygger (medianverdi på ca. 55 800 NOK), spesielt sammenlignet med de største kommuner (medianverdi på ca. 43 000 NOK).

2.2 Gjennomgang av planverket til 27 kommuner

Med utgangspunkt i utvalget av 76 kommuner valgte vi å gå gjennom planverket til nesten en tredjedel av disse kommunene. Alt i alt ble 27 kommuner trukket ut tilfeldig, stratifisert etter størrelse og region. En forsker lastet ned planstrategi, samfunnsdel og handlingsplan, samt eventuelle delplaner for folkehelse fra kommunenes nettsider våren 2013. Følgende elleve indikatorer ble brukt for å beskrive hvorvidt folkehelsearbeidet er forankret i planverket i kommunene:

1. Blir kommunens folkehelseprofil nevnt i planverket? (se § 5 a)
2. Blir kommunens utfordringer/problemområder i folkehelseprofilen nevnt i planverket?
3. Inneholder planverket en oversikt over befolkningens helsetilstand basert på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene? (se § 5 b)
4. Inneholder planverket en oversikt over faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse? (se § 5 c)
5. Omtaler planverket interkommunalt samarbeid i forbindelse med folkehelsearbeidet?
6. Nevner planverket at kommunen har eller skal etablere lærings- og mestringkurs eller skal iverksette andre folkehelse tiltak til ulike grupper av befolkningen?
7. Nevner planverket at kommunen har eller skal starte med å tilby frisklivs-sentral?
8. Nevner planverket tiltak eller strategier for å utvide sykkelveier og tur- og gangveier?
9. Nevner planverket konkrete tiltak for å sikre universell utforming?
10. Nevner planverket noe om egen folkehelseplan i kommunen?
11. Nevner planverket noe om tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen?

En annen forsker foretok en ny gjennomgang av planverkene cirka to år senere, i desember 2014, for å undersøke om noen av kommunene hadde revidert sine planverk og således gjort endringer relatert til de utvalgte indikatorene for planverket. På denne måten kunne man bedømme om kommunene nesten tre år inn i Samhandlingsreformen og Folkehelseloven hadde justert planverket for å oppfylle de nye lovbestemmelsene for folkehelsearbeidet. Tretten av de 27 kommunene (48 prosent) hadde i den mellomliggende tiden kommet med en ny samfunnsdel, handlingsplan, planstrategi eller kommunedelplan for folkehelse. I kapittel tre nevnes resultatene fra 2014 bare dersom det har vært endringer i de ulike indikatorene sammenlignet med 2013.

2.3 Case-studie av tre kommuner

For å få økt innsikt i hvordan Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven) kan ha påvirket det kommunale folkehelsearbeidet så langt, utførte vi en case-studie av tre kommuner i februar 2015. Det overordnede forskningsspørsmålet var om og hvordan folkehelsearbeidet har endret seg med tanke på organisering, fokusområder og konkrete tiltak etter at Samhandlingsreformen ble iverksatt i disse kommunene. Ser vi tendenser til et trendskifte i folkehelsearbeidet fra å i hovedsak ha et sykdomsperspektiv til å satse mer på helsefremming (og dermed bruke et påvirkningsperspektiv)?

Det ble foretatt et strategisk valg av de tre kommunene. Det første utvalgskriteriet var at kommunene måtte være blant de 27 kommunene hvor vi i tillegg til å gjennomføre spørreundersøkelsen også har kartlagt det kommunale planverket. For å kunne vite mer om hvordan Samhandlingsreformen kan ha påvirket folkehelseiltak, har vi vært interessert i å undersøke kommuner som har kommet langt med hensyn til forebygging. Vi valgte derfor kommuner som i spørreskjemaet hadde angitt at de hadde mange sykdomsforebyggende tiltak. Kommuner som har kommet relativt kort i dette forebyggende helsearbeidet er altså ikke representert. Vi har valgt en liten (<7 000 innbyggere), en mellomstor (mellom 7 000–20 000 innbyggere) og en stor kommune (20 000 innbyggere eller mer) med seks til åtte sykdomsforebyggende tiltak. Case-studien i de tre kommunene gir altså eksempler på hvordan nøkkelinformanter fra disse tre kommunene tenker omkring det forebyggende helsearbeid i deres kommune i forlengelse av Samhandlingsreformen. Det kan ikke uten videre generaliseres til alle landets kommuner.

Tabell 2.2 gir en oversikt over sentrale kjennetegn ved de tre kommunene. I tabellen inngår også opplysninger fra spørreundersøkelsen og det kommunale planverket.

Kommunenes folkehelsearbeid er belyst gjennom intervjuer med to informanter fra hver av de tre kommunene, samt en informant på fylkesnivå for hver kommune. Vi gjennomførte semi-strukturerte intervjuer over telefon, som hadde en gjennomsnittlig varighet på 32 minutter. På fylkesnivå intervjuet vi en fylkeslege og to folkehelserådgivere. I utgangspunktet planla vi å stille samme spørsmål til alle informantene. Det viste seg imidlertid at flere av informantene på fylkesnivå ikke hadde detaljert oversikt over folkehelsearbeidet i den enkelte kommune i fylket. Intervjuene handlet her derfor ikke konkret om de tre kommunene i case-studien, men om informantens oppfatning av hvordan Samhandlingsreformen har hatt innflytelse på folkehelsearbeidet i fylkets kommuner. På kommunenivå gjennomførte vi intervju med to personer i hver kommune. Informantene var rådmann (1), folkehelsekoordinator (1), kommuneoverlege (2), sektorsjef for helse og sosial (1) og kommunefysioterapeut (1). Samtlige av informantene hadde hatt stillingen i fylkeskommunen/kommunen i mer enn fire år, noe som ga de en forutsetning for å ha innblikk i folkehelsearbeidet både før og etter Samhandlingsreformen med Folkehelseloven ble iverksatt. Informanten med lengst fartstid i jobben hadde hatt stillingen i 15 år.

I intervjuet ble det satt fokus på tre temaer som belyser betydningen av Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven) på kommunens:

- *planverk*
- *organisering og ressursbruk* innenfor folkehelsearbeidet
- *utforming av folkehelsetiltak*

Temaene ble stort sett fulgt opp alt ettersom hvordan informanten svarte for seg, men det var også fastsatt noen underpunkter for hvert tema som intervjueren passet på å få med i samtalen. Informanten ble dessuten gitt mulighet til å komme med innspill eller ta opp temaer som ikke var planlagt i forkant (se vedlegg 3 for intervjuguiden). Informantene ble først kontaktet per e-post med informasjon om studiens formål og hovedtema for intervjuet, blant annet

hvordan informasjonen som blir oppgitt skulle behandles og tilbud om gjennomlesing av rapportdelen som de bidrar til før publisering (se vedlegg 4 for e-posten som ble sendt ut). Seks av respondentene som ble forespurt samtykket til å bli intervjuet. De øvrige tre respondentene som først ble forespurt, men ikke deltok, videreformidlet kontakt til andre kolleger i kommunen/fylkeskommunen som hadde bedre anledning til å delta.

Tabell 2.2 Kjennetegn for de tre kommunene i case-studien.

Variabel	Kommune 1	Kommune 2	Kommune 3
Kommunestørrelse (innbyggere)	<7000	7000–19999	≥20000
Gj. snitt andel eldre >80 år i 2012	7	3	5
Gj. snitt andel eldre >80 år i 2035	9	8	7
Friskmidler per innbygger (2012)	~55000	~45000	~40000
Regionalt helseforetak	Helse Midt-Norge	Helse Nord	Helse Sør-Øst
Folkehelsekoordinator	Nei	Ja (<1 årsverk)	Ja (1 årsverk)
Frisklivssentral	Ja	Ja	Ja
Helse i plan/Trygge lokalsamfunn	Nei	Nei	Ja
<i>Spørreskjemadata 2014:</i>			
Fastlegen viktig	Viktig	Viktig	Meget viktig
Samarbeid med fastlegen	Bra	Meget bra	Både og
Forebygg. reduserer medfinansiering	I stor grad	I liten grad	I noe grad
Økt forebygg. etter Samhandlingsr.	I stor grad	I noe grad	I noe grad
Ressursbruk samtl. 5 år siden	En god del mer	Vesentlig mer	Noe mer
Bruker folkehelseprofiler?	I noe grad	I stor grad	I stor grad
Ant. forebygg. tiltak mot sykd.	9	8	6
<i>Samarb. om forebygg. med:</i>			
Fylkeskommunen	Noe	Noe	Mye
Fylkesmannen	Mye	Noe	Lite
Ulike departementer	Lite	Ikke samarbeid	Noe
Helsedirektoratet	Mye	Mye	Noe
KS	Lite	Lite	Mye
Andre kommuner	Mye	Mye	Noe
Private konsulentselskaper	Lite	Ikke samarbeid	Lite
Forskningsinstitusjoner	Lite	Ikke samarbeid	Noe
<i>Kjennetegn i folkehelseprofil 2014*:</i>			
Frafall videregående skole	Lavere	Høyere	Høyere
Andel med videregående el. høyere utdanning	-	Lavere	Lavere
Forventet levealder menn	-	-	Lavere
Overvekt inkl. fedme, menn	Høyere	Høyere	Høyere
Utbredelse hjerte- karsykdom	Lavere	Høyere	-
Utbredelse tykk- og endetarmskreft	-	-	Høyere
Utbredelse muskel- og skjelettlidelser	Høyere	Høyere	Høyere
Nye tilfeller kreft, totalt	Lavere	Høyere	Høyere
Psyk. symptomer og lidelser	Lavere	Lavere	Høyere
Skader	-	-	Høyere
Hoftebrudd behandl. sykehus	Lavere	Lavere	Høyere

*kjennetegnene fra folkehelseprofilen er forekomsten i kommunen sammenlignet med landsgjennomsnittet i 2014. '-' betyr at kommunen ikke er entydig forskjellig fra landsgjennomsnittet eller at det ikke finnes data.

3 Kommunal planlegging i et folkehelseperspektiv

I dette kapitlet ser vi på planverket til 27 kommuner og presenterer resultater fra case-studien i tre kommuner som kan belyse hvorvidt Samhandlingsreformen har bidratt til en sterkere forankring av folkehelse og folkehelsearbeidet i det kommunale planverket. Hvordan er Folkehelselovens krav til det kommunale planverket ivaretatt i de 27 kommunene våren 2013 og i desember 2014? Hvordan opplever representanter fra de tre kommunene innvirkningen av Samhandlingsreformen på arbeidet med å forankre folkehelse i den kommunale planprosessen i februar 2015? Opplever de at det er samsvar mellom planverket og praksis i kommunen?

3.1 Omtale av folkehelse i planverket

For å vurdere hvordan folkehelsearbeidet har blitt forankret i det kommunale planverket ble planene til 27 kommuner evaluert etter utvalgte indikatorer for folkehelsearbeidet (se avsnitt 2.2). Gjennomgangen av kommunenes planer ble gjennomført våren 2013. En ny vurdering av planverket til de 27 kommunene ble gjennomført i desember 2014 for å se hvorvidt planverket var oppdatert og særlig med tanke på de indikatorene vi var interessert i. Nesten halvparten av de 27 kommunene (48 prosent) hadde revidert eksisterende planverk eller vedtatt nye planer siden 2013. Et mindretall, 33 prosent, av disse 27 kommunene, hadde gjort endringer relatert til de utvalgte planindikatorene for folkehelse. I den første gjennomgangen av planverket i 2013 var det to av de 27 kommunene som overhodet ikke hadde omtalt folkehelse i deres planstrategi. Én av disse to kommunene hadde inkludert folkehelse i ny planstrategi innen utgangen av 2014.

Tabell 3.1 gir en oversikt over andel kommuner som omtalte de respektive indikatorene i deres planverk per desember 2014.

Tabell 3.1 Oversikt over indikatorer som nevnes i de 27 kommunenes planverk i 2014.

Indikator for folkehelse i kommunens planverk		Andel ja (%)
IND1	Nevnes kommunens folkehelseprofil?	66,7
IND2:	Nevnes kommunens utfordringer/problemområder i folkehelseprofilen?	55,5
IND3:	Gis det en oversikt over befolkningens helsetilstand basert på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene?	3,7
IND4:	Gis det en oversikt over faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse?	18,5
IND5:	Nevnes interkommunalt samarbeid i forbindelse med folkehelsearbeidet?	55,5
IND6:	Nevnes det at kommunen har/skal etablere lærings- og mestringskurs el. skal iverksette andre folkehelseiltak til ulike grupper av befolkningen?	37,0
IND7:	Nevnes det at kommunen har eller skal starte med å tilby frisklivssentral?	44,4
IND8:	Nevnes tiltak eller strategier for å utvide sykkelveier og tur- og gangveier?	48,1
IND9:	Nevnes konkrete tiltak for å sikre universell utforming?	44,4
IND10:	Refereres det til egen folkehelseplan i kommunen?	44,4
IND11:	Nevnes tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen?	48,1

Samhandlingsreformen med Folkehelseloven stiller en rekke krav til kommunenes planverk: (1) det skal inneholde en oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som kan ha innvirkning på helsen; (2) planprosessen skal involvere relevante offentlige organer; (3) planverket skal gjenspeile «helse i alt vi gjør»-perspektivet; og (4) det skal beskrive de tiltakene som kan iverksettes innenfor kommunens økonomiske begrensninger.

(i) Oversikt over befolkningens helsetilstand

Et anbefalt verktøy for å få oversikt over helsetilstanden i kommunen er de årlige folkehelseprofilene. Etter første gjennomgangen av planverket i 2013, omtaler litt over halvparten av de 27 kommunene (52 prosent; n=14) folkehelseprofilen i planverket, mens 86 prosent (n=12) av kommunene som nevner folkehelseprofilene også gir en oversikt over kommunens utfordringer gjengitt fra folkehelseprofilen i planverket. Gjennomgangen i 2014 viste at ytterligere fire kommuner nevner folkehelseprofilen i planverket. Det betyr at to tredjedeler (67 prosent; n=18) av de 27 kommunene omtaler kommunens folkehelseprofil nesten tre år inn i Samhandlingsreformen og at 83 prosent (n=15) av disse kommunene i tillegg gir en oversikt over kommunens utfordringer for folkehelsen. Langt færre kommuner gir en oversikt over faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på

befolkningens helse (19 prosent; 5 kommuner), mens planverket til kun 1 kommune beskriver befolkningens helsetilstand basert på kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene (4 prosent; 1 kommune).

(ii) Samarbeid om planarbeidet

Den første gjennomgangen av det kommunale planverket våren 2013 viser at interkommunalt samarbeid i forbindelse med folkehelsearbeidet omtales i 56 prosent av kommunene (15 av 27 kommuner). Eksempler på interkommunalt samarbeid som gis i planverket er å utarbeide felles folkehelseplan med andre kommuner, dele frisklivssentral med kommuner i nærområdet eller koordinere innsatsen for kunnskapsbasert folkehelsearbeid med andre kommuner i regionen eller fylket.

(iii) Helse i alt vi gjør

Som nevnt innledningsvis, er det opp til den enkelte kommune om de ønsker å lage egne planer for folkehelse, eller om strategier, mål og tiltak for folkehelsen skal nedfelles bredt i det ordinære planverket (da oftest i planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel og arealdel). I 2013 har eller planlegger 41 prosent av kommunene (11 av 27 kommuner) å utarbeide en egen folkehelseplan for kommunen. I 2014 er det ytterligere én kommune som omtaler egen folkehelseplan i sitt planverk. Det er m.a.o. i underkant av halvparten av kommunene (44 prosent; n=12) som per desember 2014 har valgt å lage en delplan for kommunens folkehelse. Videre omtaler 12 kommuner tverrsektorielt folkehelsearbeid i sine planer i 2013. Et eksempel på dette er samarbeid mellom kommunen og lokale, frivillige organisasjoner om å dele ut strøsand til befolkningen for å forebygge benbrudd hos eldre. Gjennomgangen i desember 2014 viste ytterligere én kommune som omtaler tverrsektorielt folkehelsearbeid i planverket. Per desember 2014 nevner altså 48 prosent av kommunene tverrsektorielt folkehelsearbeid i sitt planverk.

(iv) Beskrivelse av tiltak

I 2013 omtaler planverket til en tredjedel av kommunene (33 prosent; n=9) at de har eller skal etablere lærings- eller mestringskurs, eller skal iverksette andre folkehelse tiltak for ulike grupper av befolkningen. Eksempel på tiltak som

nevnes er f.eks. fallforebygging og angst-mestringskurs. Ved ny gjennomgang av planverket i 2014 fant vi at ytterligere én kommune nevner lærings- og mestringskurs eller andre folkehelseiltak i deres planverk. Alt i alt 37 prosent av kommunene (n=10) nevner med andre ord slike tiltak ved utgangen av desember 2014.

Dersom kommunene har eller ønsker å opprette en frisklivssentral, omtales denne oftest under folkehelseiltak i planverket og i kommunens økonomiske budsjetteringer. Gjennomgangen av planverket i 2013 viste at 41 prosent av kommunene (n=11) enten omtaler at de har eller skal starte med å tilby frisklivssentral i sin kommune. En ny gjennomgang i 2014 viste at det var ytterligere én kommune som omtaler frisklivssentral i sitt reviderte planverk (44 prosent; n=12).

Tilrettelegging av friluftsområder, gangveier og tur- og sykkelstier har vist seg å være et viktig tema i det kommunale planverket i tidligere undersøkelser (Helgesen m. fl., 2014) og er i tråd med signaler i Folkehelseloven. Våren 2013 er det i planverket til 41 prosent av kommunene (n=11) oppgitt spesifikke tiltak eller strategier for å utvide sykkelveier og tur- og gangveier. En ny gransking av de samme kommunenes planverk i 2014 viste at ytterligere to kommuner omtaler slike konkrete tiltak. Det vil si at planverket i nesten halvparten av kommunene (48 prosent; n=13) har fokus på tilrettelegging av gangveier og tur- og sykkelstier per desember 2014.

3.2 Forankring av folkehelse i case-kommunenes planarbeid

For å få økt innsikt i hvorvidt Samhandlingsreformen med den tilhørende Folkehelseloven har bidratt til en sterkere forankring av folkehelse og folkehelsearbeidet i det kommunale planverket, skal vi se nærmere på hvilke svar informantene i våre tre case-kommuner oppga i februar 2015. Ingen av kommunene hadde en egen folkehelseplan før 2012, men to av de tre kommunene fra case-studien har utarbeidet en egen kommunedelplan for folkehelse i tiden etter at Samhandlingsreformen inntraff i 2012. Vi henviser til tabell 2.2 for en mer fullstendig oversikt over kjennetegn for de tre case-kommunene. Følgende spørsmål ble fokusert på i intervjuene:

- Hvordan har du vært involvert i / pådriver for planprosessen i kommunen?
- Opplever du at folkehelse er ivaretatt i kommunens planverk per i dag? Og har Samhandlingsreformen med Folkehelseloven bidratt til å forankre folkehelse i planverket?
- Opplever du at det er samsvar mellom planverket og praksis i kommunen, i de folkehelse tiltakene som er gjennomført hittil?

KOMMUNE 1:

En liten kommune om folkehelse i den kommunale planleggingen

Kommuneinformantene i den minste kommunen (sektorleder for helse- og sosial og kommunefysioterapeut) har i stor grad vært involvert i kommunens planlegging av folkehelse. Kommunen har en folkehelsegruppe som er satt sammen av kommunal ledelse og administrasjon, samt de ulike fagtjenestene i kommunen der blant annet informant 1 er representant. Denne gruppa utarbeider både strategi- og tiltaksplan for folkehelse og får innspill fra en strategigruppe som består av kommuneledelsen og lederne i kommunesektorene, deriblant sektorleder for helse og sosial. Fylkeslegen i kommunens fylke, på den andre siden, har i liten grad vært direkte involvert i kommunens folkehelseplanlegging og sier at Fylkesmannen har hatt en mer overordnet pådriverfunksjon for folkehelsearbeidet i fylkets kommuner gjennom nettverksmøter. Videre påpeker han at Fylkesmannen og fylkeskommunen samarbeider godt, og at fylkeskommunen i fjor utarbeidet en egen regional folkehelseplan som fungerer som en slags oppskriftsbok for kommunene i deres folkehelseplanlegging.

Fylkeslegen oppfatter ivaretagelsen av folkehelse i kommunens planverk som god. Det samme opplever de to informantene fra kommunen, særlig gjennom en egen kommunal strategi- og tiltaksplan for folkehelse som ble utarbeidet i 2013. Informant 1 i kommunen synes at det å ha en egen kommunedelplan for folkehelse har gitt resultater i og med at folkehelsearbeidet blir veldig oversiktlig og planene blir tatt i bruk av de ulike sektorene i kommunen.

Begge informantene fra kommunen sier at Folkehelseloven har vært med på å tydeliggjøre at det er totalkommunens ansvar å ivareta folkehelse i kommunen og dermed bidra til at folkehelse i større grad løftes ut av helse- og omsorgssektoren, slik at alle kommunesektorene får eierskap til folkehelseperspektivet.

Informantene hevder også at Folkehelseloven indirekte har bidratt til å forankre folkehelsearbeidet i planverket i den samme kommunen gjennom pilottilsynet for folkehelse som ble gjort i kommunen i 2013. Informant 2 i kommunen gir denne framstillingen av hvordan folkehelse har blitt et større satsingsområde i kommunens planverk med reformen:

Gjennom det kommunale folkehelsearbeidet har vi hatt folkehelse med i planverket tidligere, og det [folkehelse] ble jo tydeligere et lovpålegg i kommunene i forhold til kommunehelseloven, så det er ikke noe nytt i kommunen som sådan. Men det at folkehelse kom inn som en ny Folkehelselov gjorde jo det tydeligere i forhold til at det [folkehelse] er totalkommune-ansvar. Kommunen var så heldig den gangen at vi høsten 2013 hadde et pilottilsyn for folkehelse fra Fylkesmannen som da på en måte var med å tydeliggjøre kommunens oppgaver, strategi og ikke minst forbedringspotensiale til å gå fra planverk til handling, og på dette i forhold til å bruke helsedata for utvikling av tiltak. På grunnlag av dette tilsynet utarbeidet vi en egen folkehelseplan med strategier og tiltaksplan, samt et «årshjul» som beskriver den planlagte folkehelseaktiviteten i kommunen.

Kommuneinformantene nevner også at Samhandlingsreformen har forankret folkehelse i planverket i den forstand at tiltaksplanen for folkehelse bestemmer at alle politiske saker som behandles i kommunen skal ha en folkehelsevurdering. Selv om folkehelsearbeidet var en del av kommunens planverk også før reformen, opplever Fylkeslegen at kommunen i større grad har fokusert på folkehelse i planverket etter at Folkehelseloven kom. Blant annet ansatte kommunen en folkehelserådgiver i deltidsstilling for å sikre at kommunen møtte kravene til folkehelse i planverket med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven. Slik som kommuneinformantene, påpeker fylkeslegen at pilottilsynet for folkehelse fra Fylkesmannen også har bidratt til et økt og spisset fokus på folkehelse i kommunens planverk.

Informantene i kommunen opplever stort sett at planverket samsvarer med de folkehelseiltakene som implementeres i praksis. Informant 2 sier at kommunen gjennom rullering av tiltaksplanen for 2015 fikk en oversikt over at mange av folkehelseiltakene var på plass eller underveis, men at rulleringen også avdekket områder som ikke var ivaretatt godt nok og hvor kommunen må gjøre en innsats. Informant 1 i den samme kommunen fremhever at denne

evalueringen av tiltaksplanen i tillegg viser at kommunen viderefører eksisterende folkehelse tilbud for kommunens befolkning. Fylkeslegen har også et inntrykk av at kommune 1 i stor grad har samsvar mellom planverket og praksis når det gjelder folkehelse. Han tror en av grunnene til dette er at kommunen systematisk har operasjonalisert strategiene gjennom konkrete tiltak og saker som skal jobbes med for å oppnå de folkehelsemålene som kommunen har satt seg.

KOMMUNE 2: En mellomstor kommune om folkehelse i den kommunale planleggingen

Begge informantene i den mellomstore kommunen (kommuneoverlege og rådmann) opplyser at det bevisst ikke er utarbeidet en egen folkehelseplan for kommunen. Dette ble diskutert mye i kommunens planforum, men de kom fram til at kommunen, per dags dato, var best tjent med en strategi for å få folkehelseperspektivet inn i alle kommuneplanene. De ønsket en helhetlig tenkning som ivaretar folkehelseperspektivet og ligger til grunn i alle betraktninger, strategier og tiltak som kommunen utformer. Denne strategien har ifølge informantene fungert bra så langt og de erfarer at folkehelse ivaretas i kommunens planverk per i dag. Informant 1 i kommunen beskriver dette på følgende måte:

Det er ikke noe tvil om at folkehelse har fått en helt annen status og behandling i kommunen de siste årene. Og så er det jo slik at nå som vi reviderer planer og jobber med, sånn som nå er jo samfunnsdelen under revisjon, så skjer ingenting uten at folkehelse, og de elementene som ligger rundt det, er en del av planleggingen og en del av det som omtales. Så det [folkehelse i planverket] føler jeg absolutt at vi har blitt veldig mye bedre på.

Folkehelserådgiveren i kommunens fylke opplever generelt at folkehelse i økende grad har blitt ivare tatt i kommunenes planverk, også før Samhandlingsreformen med Folkehelseloven trådte i kraft. Folkehelse sies imidlertid å ha blitt et enda tydeligere satsingsområde i det kommunale planverket etter at reformen inntraff. Folkehelserådgiveren sier følgende:

Ja, i økende grad, både gjennom den bevisstgjøringen vi har hatt gjennom tidligere avtaler og gjennom endringer som kom med Plan-

og bygningsloven i 2009, og enda mer nå [med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven]. Så vi har jo hatt det [folkehelse] i disse avtalene [partnerskap] i mange år. Det har jo vært forskjellig forståelse av hva det skal bety i praksis selvfølgelig, men det er også noe som kan variere litt fra kommune til kommune, men jeg har noe statistikk her, jeg skal se om det står noe om akkurat det med planarbeid her. Ja, i avtalene har vi slike rapporteringskrav, nå i den siste rapportering for 2014, så er det et spørsmål «Har kommunen arbeidet aktivt med å integrere folkehelseperspektivet i kommunen i 2014?». Da er det 84 prosent av kommunene som svarer «ja», så på dette spørsmålet må jeg dermed svare «ja».

Erfaringene fra informantene i kommune 2 når det gjelder reformens betydning for folkehelse i planverket, er at den tverrsektorielle forståelsen av folkehelse har blitt større, og informant 1 erfarer at folkehelse har blitt en del av kommunens planforum slik at alle nye saker som behandles skal vurderes ut ifra deres betydning for folkehelse. Informant 2 omtaler forståelsen av folkehelse etter reformen slik:

Ja, det har iallfall bidratt til at man har fått en større tverrsektoriell forståelse av at folkehelse er noe annet enn helse, og at alle sektorer kan bidra på dette feltet.

På spørsmålet om hvorvidt informantene opplever at det er samsvar mellom kommunenes planverk og praksis når det gjelder folkehelse tiltak, så synes informantene generelt at det er en overensstemmelse mellom hvilke utfordringer og tiltak som nevnes i kommuneplanene og de tiltakene som faktisk settes i verk i kommunen. Samtidig beskriver informantene i den mellomstore kommunen at ressurser er en begrensende faktor for om tiltakene gjennomføres i praksis, men informant 1 påpeker at folkehelsearbeidet ikke er mer utsatt for kommunens økonomiske betingelser enn andre områder. Den fylkeskommunale folkehelserådsgiveren er noe mer avmålt i sin oppfatning av samsvaret mellom planverket og praksis i fylkets kommuner. Han fremhever at fylkeskommunen generelt har prøvd å oppmuntre kommunene til å lage folkehelse tiltak som er nyttige for kommunens utvikling og drift for å sikre gjennomføring av tiltakene:

Ja, det er jo det kjente og tradisjonelle dilemmaet, men jeg tror at akkurat på dette feltet, så er man nok ganske obs på det, men du kan si selv politisk og selv på kommunenivå og helt opp på statlig nivå så snakker man fint om folkehelsearbeid, men man gjør jo politiske vedtak som virker motsatt av det man egentlig ønsker, det kan jo skje. Så det her dilemmaet med at planer ikke...vi [fylkeskommunen] prøver jo veldig å stimulere til det i hvert fall, til at tiltakene skal være praktiske og nyttige i drift og utvikling av kommunen, det praktiske ikke sant, at man ikke bare lager planene for planenes del.

I tråd med deres stillinger er begge informantene i kommune 2 i stor grad involvert i kommunens planarbeid. Informant 2 opplyser at hun stort sett er med på å gi råd og innspill om helse i alle kommunens planprosesser. Informant 1 sier at han også er lydhør for innspill om folkehelse fra folkehelsekoordinatoren og kommuneoverlegen, og sørger for at alle planprosesser legger til grunn at samtlige saker skal vurderes ut ifra deres potensielle betydning for befolkningens folkehelse. Folkehelserådgiveren i fylket sier at fylkeskommunen generelt driver med rådgivning og at de har en person i fylkets folkehelseseksjon som er spesielt involvert i planforum ut mot kommunene. Fylkeskommunen har også i tidligere perioder drevet med utvikling av kommunenes planlegging når det gjelder folkehelse og har særlig fokusert på forankring av folkehelse i kommunenes administrasjon og planverk.

KOMMUNE 3:

En stor kommune om folkehelse i den kommunale planleggingen

De to informantene i denne store kommunen (folkehelsekoordinator og kommuneoverlege) har stått i spissen for å utarbeide en langsiktig folkehelseplan for kommunen. Prosessen opp mot en egen kommunedelplan for folkehelse er begrunnet i kravene til forankring av folkehelse i planverket som kom med Folkehelseloven.

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen til kommune 3 oppfatter i stor grad at folkehelseperspektivet er representert i planverket til kommunene i fylket. Informanten henviser til en analyse som nylig ble gjennomført på fylkesnivå, over hvilke temaer som var prioritert i de kommunale planstrategiene, der man fant at folkehelse var det teamet som ble høyest prioritert. Informanten synes at det er oppsiktsvekkende at folkehelse blir prioritert foran

områder som for eksempel er relatert til samferdsel og næringsutvikling. Informanten mener imidlertid at fokuset på folkehelse i planleggingen kom lenge før Folkehelseloven og er resultatet av at fylkeskommunen og det regionale partnerskapet i mange år har prioritert, argumentert for og jobbet med folkehelse overfor kommunene.

Begge informantene i kommune 3 opplever også at folkehelse er ivaretatt i kommunens planverk per i dag. Kommunen har bakt inn folkehelseaspektet både i kommuneplanens samfunnsdel, og i øvrige kommunedelplaner slik som arealplan, plan for fysisk aktivitet og lignende. I tillegg har kommunen en egen folkehelseplan på høring som er tenkt å gjelde i et 12-års perspektiv.

Kommuneinformantene erfarer at Samhandlingsreformen, særlig med Folkehelseloven, til en viss grad har bidratt til å forankre folkehelse i kommunens planverk. Gjennom et fylkessamarbeid hadde kommune 3 allerede en oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer, og slik sett var en del av føringene for folkehelsearbeidet som kom med Folkehelseloven oppfylt allerede før reformen kom. Likevel opplever de to kommuneinformantene at Folkehelseloven ga folkehelsearbeidet en større legitimitet som gjorde at de kunne sette i gang en planprosess for å utarbeide en egen kommunedelplan for folkehelse. Informant 2 kommer med følgende vurdering som belyser dette aspektet:

Da Folkehelseloven kom, så følte vi at den var en veldig hjelp i forhold til å kunne lage en egen kommunedelplan om folkehelse. Tidligere hadde folkehelsearbeidet vært veldig stykkevis og delt uten noen klar ramme og retning, og ikke så klare lovkrav som de som kom med Folkehelseloven. Så med Folkehelseloven fikk vi rammeverket som gjorde at vi administrativt faktisk kunne kreve en egen folkehelseplan, og startet dermed å skrive en prosjektbeskrivelse og et planprogram som ble politisk behandlet og da var det i gang.

Som i de to andre kommunene, nevner informant 2 at Folkehelseloven mest sannsynlig har bidratt til at folkehelse og levekår er et eget punkt i alle politiske saker som behandles i kommunen. Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen opplever også at kravene som kom med Plan- og bygningsloven i 2008, og som ble forsterket med Folkehelseloven, om blant annet utarbeidelse av planstrategi og helseoversikt, har bidratt til å påvirke det kommunale planverket.

På spørsmålet om hvorvidt informantene opplever at det er samsvar mellom kommunenes planverk og praksis når det gjelder folkehelseiltak, er informantene i kommune 3 noe mindre overbeviste enn informantene i de andre kommunene. Informant 1 opplever at det er et visst samsvar, men påpeker at mange av tiltakene som skisseres i planverket tar tid og er ment å gå over flere år, slik at man enda ikke har sett alt som er «lovet» i praksis. Informanten kan imidlertid ikke se viktige folkehelseiltak i tidligere kommuneplaner som ikke har blitt implementert. Informant 2 forholder seg til kommunens kommunedelplan for folkehelse som er på høring og skal gjelde fra 2015. Siden planen fortsatt er på prosjektnivå er det vanskelig for informanten å si noe om de strategier som nedtegnes i planverket faktisk vil omsettes i praksis.

Informant 2 opplever at kommunen har satt av relativt mye midler til folkehelsearbeidet i tråd med at Samhandlingsreformen og Folkehelseloven trådte i kraft. Samtidig antyder informanten at deres situasjon er mer eller mindre unik og at bruken av ressurser og kompetanse som de har i kommunen slett ikke er tilfellet i flere kommuner som informanten er i kontakt med. Hun vurderer det nemlig slik at lovbestemmelsene i Folkehelseloven ofte blir løst på et administrativt plan i kommunene uten at det skjer noe utover dette, da det ikke er satt av ressurser til folkehelsearbeidet, og kommunene i stor grad blir overlatt til seg selv:

Og så er jeg jo i mange kollegamiljøer som er andre steder i forskjellige kommuner som sier at der [i de kommunene] har det jo ikke hatt en god effekt på folkehelsearbeidet i det hele tatt, fordi at det går an å løse Folkehelseloven rent administrativt, «check, check, check», og så er man ferdig og så trenger det jo ikke å skje noe, fordi det følger jo ikke med noen penger her. I mange kommuner får en kommuneoverlege eller folkehelsekoordinator i oppdrag på tre måneder å bare skrive denne planen eller få det inn i systemet [folkehelsebestemmelsene og lovkravene], og da skjer det ikke noe. Så det er stor frustrasjon flere steder på dette, og man ser ofte at det er en eller annen ivrig fysioterapeut som hekter seg på det som dessverre også veldig mange sentralt hekter seg på, nemlig frisklivssentraler, som ikke akkurat er kjernen av folkehelsearbeidet, og mye annet som «ut og gå tur», «anlegge lys, kjempefint», og så er det feilslått når de som har jobbet mye med dette etter hvert ser at her må jo staten virkelig trykke til å få på plass dette som de driver og jobber med for

så vidt, med ernæring, sukkeravgifter, på den siden, påbud og forbud og mer de her store greiene, barnehager osv. Og vi [kommunene] må jobbe med sosial ulikhet, barnehagedeltakelse, foreldrestøtte, få på plass skole, barnehage...men det prates jo liksom ikke om, og det er der kanskje vi opplever den store frustrasjonen... vi føler at det som virkelig må til for å gjøre noe med folkehelse «all over» stort sett, det blir liksom ikke tatt opp, det blir ikke prata om, det blir ikke putta inn noe innsats og penger – det blir så forsvinnende lite da, og så veldig mye opp til hver kommune.

Informant 2 sin oppfatning om samsvar mellom planverk og praksis på kommunenivå, samsvarer delvis med inntrykket fra folkehelserådgiveren i fylkeskommunen som også er mer avmålt i sin erfaring om hvorvidt planverk omgjøres til praksis. Folkehelserådgiveren mener, på den ene siden, at forankring av folkehelse i overordnet planverk er nødvendig for at tiltakene skal iverksettes, men at dette slett ikke er en garanti for at de iverksettes. Samtidig kan kommunenes ambisjonsnivå føre til at de lover mer i planverket enn det de har ressurser til å gjennomføre. Folkehelserådgiveren sier:

Ellers så er det jo, og har bestandig vært, en utfordring at veldig mange gode intensjoner som man finner i overordnet planverk er utfordrende å få til å gi gjennomslag i budsjetter... Jeg vil si det på den måten, at dersom du ikke har fått det forankret i overordnet, så er sannsynligheten for at det skal gi seg praktiske resultater veldig mye mindre. Så det at man har denne forankringen i det øvrige hierarkiet av det kommunale plansystemet er derfor veldig viktig, men det man jo ser er at ambisjonsnivået til kommunene ofte er veldig mye høyere enn det man faktisk har ressurser til å klare å gjennomføre. Men det er jo absolutt en sammenheng [planverk og praksis] er mitt inntrykk, men dog, kommunene får, som du sikkert kjenner godt til, utrolig mange pålegg fra staten som ikke, det mener iallfall vi [fylkeskommunen] og kommunesektoren, ikke er fullfinansiert, og da må kommunene finne midler til dette selv og det går jo blant annet utover folkehelsearbeidet som ikke er så tydelig lovregulert – eller det er jo for så vidt lovregulert, men dette handler jo om samfunnsutvikling og det handler om et langsiktig arbeid og det blir ofte nedprioritert i forhold til tjenesteyting hvor du har sterke brukergrupper osv. som klager hvis lovverket ikke blir imøtekommet.

Selv om dette ikke er tilfellet for kommunene i case-studien, så kan det med andre ord virke som at flere kommuner har problemer med å omsette planer til folkehelse tiltak. Ofte har kommuneplanene også overordnede strategier for folkehelsearbeidet uten at tiltak nevnes. Den fylkeskommunale folkehelse- rådgiveren påpeker videre en tendens til at mange av kommunene bruker private aktører som hjelp til å utforme planer på reguleringsnivå, og at disse aktørene ofte har lav ekspertise på folkehelse. Det er derfor viktig at kommunene har en god bestillerkompetanse når de bruker private aktører.

Kommuneinformantene har i høyeste grad vært involvert i planleggingen av folkehelse i kommunen, da informantene har hatt delt lederskap om å utarbeide kommunedelplanen for folkehelse i etterkant av varslingen om ny Folkehelselov. Planen har tatt form gjennom arbeid i en tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeidet der minst én representant fra hver kommunesektor har deltatt. Planen har vært på høring i vinter og ventes å bli vedtatt våren 2015. Den fylkeskommunale folkehelse- rådgiveren erfarer at fylkeskommunen er involvert i kommunenes planarbeid på mange vis. Særlig fylkets planseksjon har tidlig vært aktive mot kommunene når det gjelder rådgivning og veiledning, også før reformen. Samtidig er folkehelse ett av tre prioriterte områder i fylkesplanen som ble utarbeidet i 2009, slik at folkehelse har en høy politisk prioritering og farger fylkets arbeid nedover i organisasjonen.

3.3 Oppsummering

I hvilken grad er folkehelse ivaretatt i det kommunale planverket, og har Samhandlingsreformen med Folkehelseloven medvirket til å styrke folkehelseperspektivets forankring i planverket? Det fremkommer i gjennomgangen av planverket til de 27 kommuner vi har sett på i dette kapitlet at tilnærmet to tredjedeler av kommunene per desember 2014 hadde et planverk som omtaler folkehelseprofilen. I overkant av halvparten av disse kommunene ga i tillegg en beskrivelse av deres utfordringer fra folkehelseprofilen i planverket. En kartlegging av kommunenes folkehelsearbeid fra 2011, like før Samhandlingsreformen trådte i kraft, viste at i underkant av 20 prosent av kommunene hadde laget en oversikt over befolkningens helsetilstand (Helgesen, & Hofstad, 2012). En viktig årsak til at vi finner at betydelig flere kommuner har forankret dette perspektivet i planverket to år etter at Samhandlingsreformen

trådte i kraft kan være at publiseringen av folkehelseprofiler fra og med 2012, har gjort det lettere tilgjengelig å få helsedata fra statlig hold. Folkehelseprofilene er så godt som det eneste verktøy kommunene så langt har brukt for å beskrive befolkningens helsetilstand. Svært få planverk i de 27 kommunene inneholder en oversikt over lokale faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Kommunene ser altså ut til å være i startfasen med å systematisere oversikt og formidling av data fra lokale hold.

I de tre kommunene som inngår i case-studien ser det ut som at folkehelse har blitt et enda tydeligere satsingsområde i det kommunale planverket etter at samhandlingsreformen trådte i kraft. I følge informantene har lovbestemmelsene i Folkehelseloven hatt betydning for økende ivaretagelse av folkehelse i planverket. Folkehelse har blitt et eget punkt i alle politiske saker som behandles. Informantene gir uttrykk for at helsekonsekvensutredninger har blitt en del av kommunenes planforum, og oppfattes som en metode for løpende vurderinger om et tiltak vil ha betydning for befolkningens helse. Fylkesinformantene mener imidlertid at folkehelse var godt ivaretatt i kommunenes planverk også før reformen, blant annet gjennom partnerskapsordningen.

Informanter fra den minste kommunen opplever stort sett et samsvar mellom hvilke utfordringer og tiltak som nevnes i kommuneplanene og de tiltakene som faktisk settes i verk i kommunen. Rullering av kommuneplanen viser for eksempel at dette gjaldt både videreføring av eksisterende folkehelse tiltak og etablering av nye tiltak. Informantene fra de to andre kommunene og informantene på fylkesnivå er noe mer avmålte når det gjelder hvorvidt det er samsvar mellom planverket og praksis, om kommunene faktisk gjennomfører strategiene og folkehelse tiltakene som er beskrevet i planverket. Dette relateres blant annet til at kommunenes ambisjonsnivå i planverket ofte ikke samsvarer med ressursene som kommunen har til rådighet. Mange av tiltakene tar også tid og er ment å gå over flere år. Forankring av folkehelse i planverket er nødvendig for at tiltakene skal iverksettes men det er ingen garanti for at disse – og særlig de mer langsiktige tiltakene – gjennomføres.

4 Ressursbruk og samarbeid

I dette kapitlet bruker vi data fra Kommuneundersøkelsen som er gjennomført i 76 kommuner i perioden august 2013 til mars 2014, samt data fra de tre case-kommunene fra februar 2015 for å studere hvorvidt Samhandlingsreformen har påvirket kommunenes ressursbruk og samarbeid rundt det forebyggende helsearbeidet. Samhandlingsreformens initiale satsing på kommunal medfinansiering var tenkt som et insentiv overfor kommunene til å se lønnsomheten i økt forebyggende arbeid og tidlig intervensjon i kommunen, samt å få kommunene til å i enda større grad ta ansvar for helse i befolkningen. Opplever kommuneansatte i de 76 kommunene at det har vært en økt satsing på det forebyggende helsearbeidet i kommunen? Samhandlingsreformens vektlegging av det kommunale forebyggende helsearbeidet forutsetter også større samarbeid med aktører utenfor, og tverrsektorielt samarbeid innenfor kommunen, det vil si at kommunen har folkehelse som gjennomgående tema i alle kommunens sektorer. På hvilken måte opplever informantene med ansvar for folkehelsearbeid at Samhandlingsreformen har påvirket ressursbruken og organiseringen?

4.1 Opplevelsen av ressursbruk og samarbeid – resultater fra spørreundersøkelsen

For å få en oversikt over opplevelsen av ressursbruk og samarbeid innen folkehelse har vi sett på svarene fra kommunale ledere i 76 kommuner.

(i) Ressursbruk

Spørreundersøkelsen inkluderte følgende spørsmål om ressursbruk: I hvilken grad opplever informantene at et godt forebyggende helsearbeid kan redusere utgiftene til kommunal medfinansiering av sykehuskostnader? Og: I hvilken grad har Samhandlingsreformen med den nye Folkehelseloven bidratt til økt kommunal satsing på forebyggende helsearbeid i den enkelte kommune? Svaralternativene var fem-delt (fra «i meget liten grad» til «i meget stor grad»).

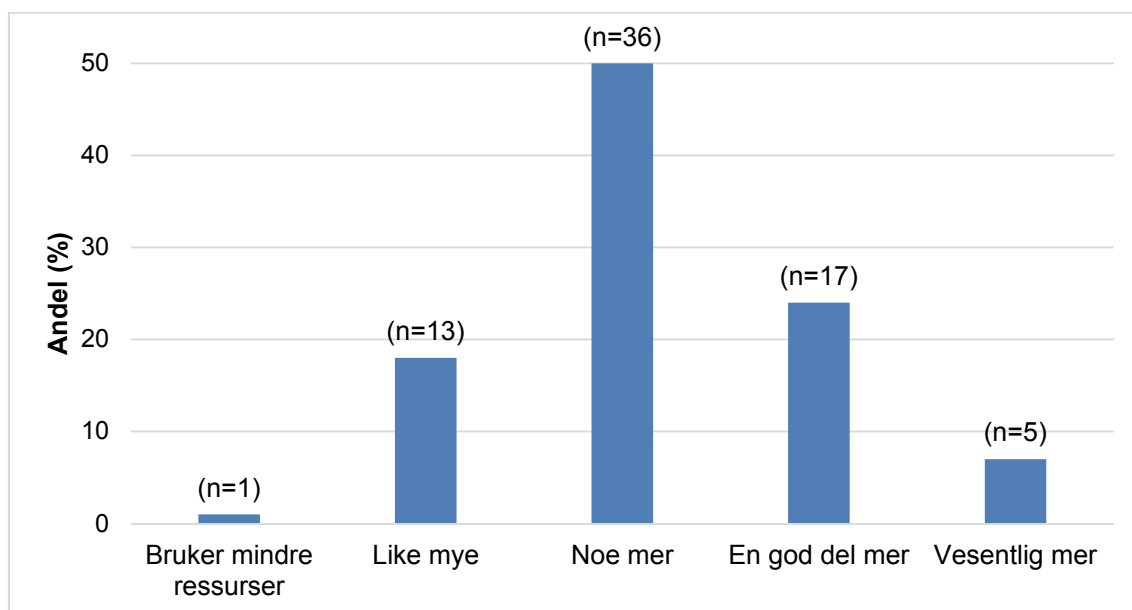
Tabell 4.1 viser svarfordelingen på begge spørsmål. Om lag én av tre kommuner (29 prosent) svarte at de i stor eller meget stor grad mente at

forebygging ville bidra til å redusere utgiftene til kommunal medfinansiering. Omtrent like mange (28 prosent) mente at dette var tilfellet i liten eller meget liten grad. Over en tredjedel av kommunelederne (35 prosent) svarte at reformen i stor eller meget stor grad har bidratt til økt kommunal forebygging, mens 18 prosent mente at dette var i liten eller meget liten grad tilfellet.

Tabell 4.1 Samhandlingsreformen og oppfatninger om ressursbruk til forebyggende helsearbeid (andel). Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

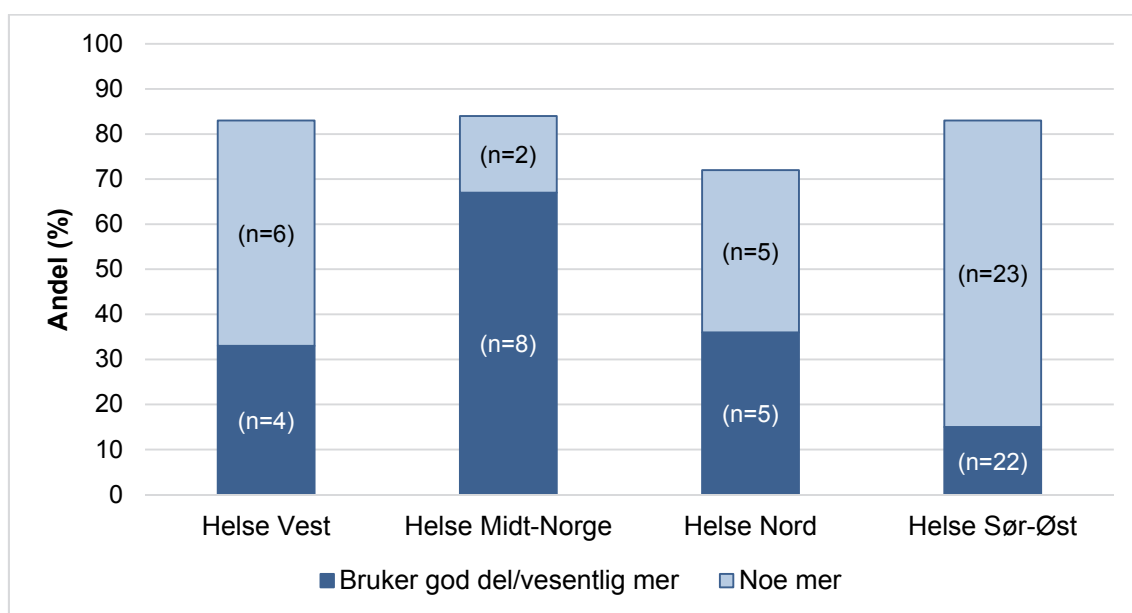
	N	I meget liten grad	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I meget stor grad
Samhandlingsreformen:		%	%	%	%	%
...kan bidra til å redusere utgiftene	72	9,7	18,1	43,1	22,2	6,9
...har bidratt til økt kommunal innsats	72	-	18,1	47,2	30,6	4,2

Spørreundersøkelsen blant de kommunale lederne inkluderte også et spørsmål om kommunens ressursbruk på forebyggende helsearbeid i dag sammenlignet med for fem år siden. Figur 4.1 viser svarfordelingen på dette spørsmålet. Tilnærmet hver tredje informant (31 prosent) svarte at kommunen bruker «en god del mer» eller «vesentlig mer» ressurser i dag sammenlignet med for fem år siden. Tar vi også høyde for informantene som svarte «noe mer» ressurser er det samlet sett 81 prosent av informantene som opplever en økning i kommunens ressursbruk sammenlignet med for fem år siden.



Figur 4.1. Kommunenes ressursbruk på forebyggende helsearbeid i dag sammenlignet med for fem år siden, andeler (%) (N=72). Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

Svarene på alle disse tre spørsmålene varierte i liten grad med de ulike bakgrunnsvariablene. I alle regioner er det over 70 prosent av kommunene som har økt ressursbruken³ på det forebyggende helsearbeidet i løpet av fem år. Særlig kommunale ledere fra Helse Midt-Norge svarte imidlertid at de opplevde at kommunen brukte en god del eller vesentlig mer ressurser (svaralternativ 4 og 5) i dag sammenlignet med for fem år siden (se Figur 4.2). For øvrig var det ingen sammenhenger mellom opplevelse av økt ressursbruk³ og kommunekjennetegn, slik som frie inntekter (Spearman korrelasjon = 0.02, $p=0.843$), kommunestørrelse ($p^2=0.121$), andel eldre (80+ år) i 2012 (Spearman korrelasjon = -0.07, $p=0.589$) eller fremskrevet beregning av andel eldre (80+ år) i 2035 (Spearman korrelasjon = -0.03, $p=0.784$). Heller ikke prosentvis endring i andelen 80+ år fra 2012 til 2035 (Spearman korrelasjon = 0.03, $p=0.787$) hadde sammenheng med ressursbruken.



Figur 4.2. Andel (%) informanter fra kommuner i fire regioner som har angitt økt ressursbruk på det forebyggende helsearbeid i dag sammenlignet med for fem år siden. Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

Er det slik at informanter som svarer at et godt forebyggende helsearbeid kan redusere utgifter til kommunal medfinansiering også i større grad opplever at Samhandlingsreformen har økt kommunens innsats på forebyggende helsearbeid? Når vi ser på sammenhengen mellom disse to spørsmålene finner vi

³ Økt ressursbruk refererer til svaralternativene 3, 4 og 5.

nettopp det (Spearman korrelasjon = 0.358 og $p=0.002$). Det er også en positiv sammenheng mellom ledernes opplevelse av økt ressursbruk i løpet av de siste fem årene og opplevelsen av at reformen har ført til økt innsats i kommunen på det forebyggende helsearbeidet (Spearman korrelasjon = 0.593 og $p<0.001$).

(ii) Samarbeid

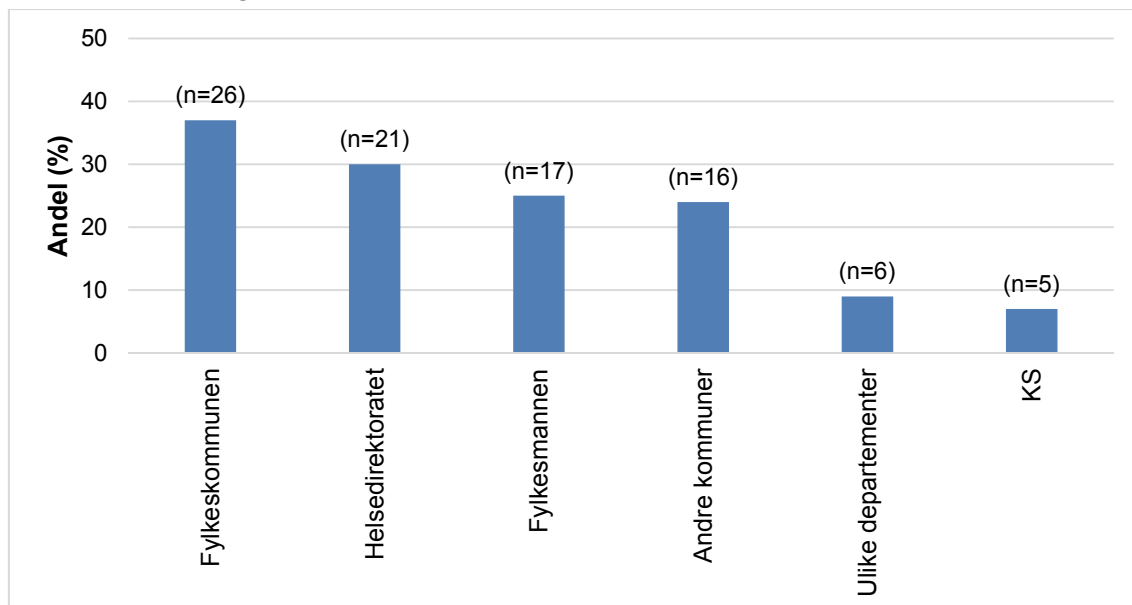
Samhandlingsreformens vektlegging av det forebyggende helsearbeidet i kommunene forutsetter også et sterkt samarbeid med aktører utenfor kommunen. For å få en oversikt over de ulike samarbeidsrelasjoner og grad av samarbeid, ble informantene fra de 76 kommunene spurt i hvilken grad de samarbeider med andre myndigheter (inkludert andre kommuner) i forbindelse med det forebyggende helsearbeidet (Helsedirektoratet, fylkeskommunen, fylkesmannen, Kommunenes Sentralforbund (KS), departementene og andre kommuner). Spørsmålene hadde fire svaralternativer varierende fra «ikke samarbeid» til «mye». Tabell 4.2 gir en oversikt over svarfordelingen for disse spørsmålene. Det var minst samarbeid med de ulike departementene og KS, mens kommunene opplevde mest samarbeid med fylkeskommunen og Helsedirektoratet.

Tabell 4.2. I hvilken grad samarbeider kommunene med andre myndigheter i forbindelse med det forebyggende helsearbeidet? (andel). Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

Aktører:	N	Ikke samarbeid	Lite	Noe	Mye
		%	%	%	%
Fylkeskommunen	70	1,4	10,0	51,4	37,1
Helsedirektoratet	69	1,4	23,2	44,9	30,4
Fylkesmannen	68	-	19,1	55,9	25,0
Andre kommuner	68	4,4	10,3	61,8	23,5
Ulike departementer	69	21,7	37,7	31,9	8,7
KS	69	10,1	43,5	39,1	7,2

Figur 4.3 viser andel som samarbeider *mye* med ulike myndigheter. Hele 37 prosent av kommunene samarbeider mye med fylkeskommunen om det forebyggende helsearbeidet, mens en fjerdedel (25 prosent) oppgir at de samarbeider mye med Fylkesmannen. Det er for øvrig ingen av kommunene som oppgir at de overhodet ikke samarbeider med Fylkesmannen. Knappt én av tre kommuner (30 prosent) samarbeider mye med Helsedirektoratet. I underkant av en fjerdedel av kommunene (24 prosent) samarbeider mye med andre

kommuner om forebyggingen. Små kommuner (< 7 000 innbyggere) ser ut til å samarbeide noe mer med andre kommuner enn de største kommunene (> 20 000 innbyggere), henholdsvis 33 og 15 prosent. Forskjellen er imidlertid ikke statistisk signifikant ($p\chi^2=0.772$).



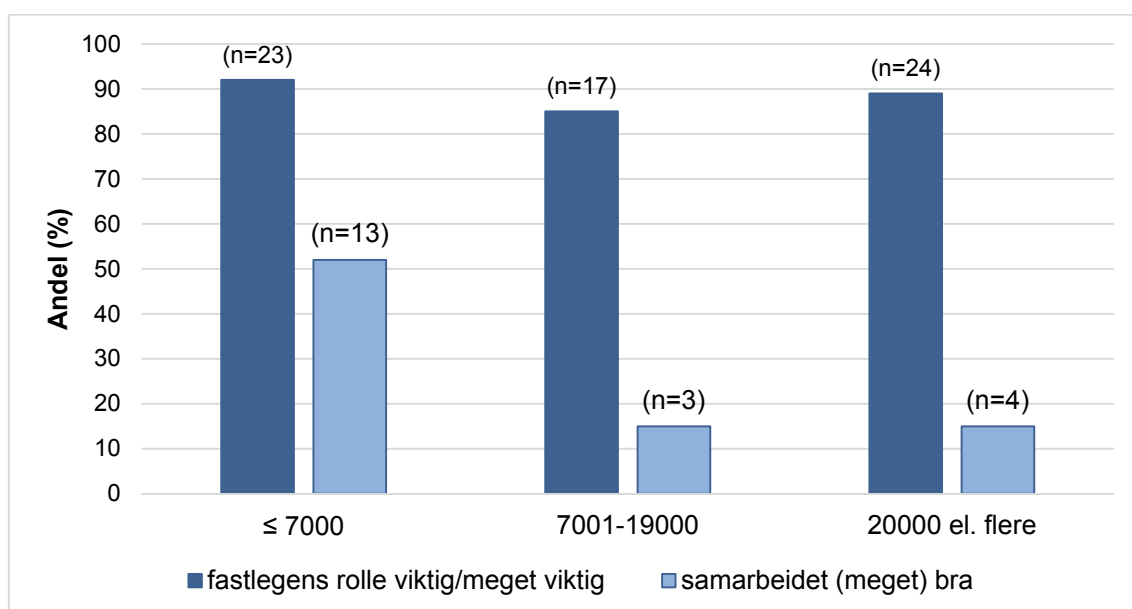
Figur 4.3. Andel (%) kommuneledere som angir at de samarbeider mye om det forebyggende helsearbeidet med ulike myndigheter. Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

De fleste av de 76 kommunene samarbeider mye med henholdsvis to myndigheter (14 kommuner) eller tre myndigheter (13 kommuner). Som oftest gjelder det da samarbeid med fylkeskommunen og Helsedirektoratet, med Fylkesmannen som den tredje myndigheten.

Fastlegen er også en ekstern samarbeidspartner i den forstand at dette er private tjenesteytere som faller utenfor den kommunale organisasjonen. Fastlegens nøkkelrolle i arbeidet med å styrke det individrettede forebyggende arbeidet, har blitt enda viktigere med Samhandlingsreformen. Gjennom spørreundersøkelsen i de 76 kommunene kartla vi de kommunale lederens svar på spørsmål om fastlegens rolle eller arbeid i det forebyggede helsearbeidet:

- Hvor viktig mener du at fastlegenes rolle/arbeid er for å få til et godt forebyggende helsearbeid i din kommune? (fire svaralternativer: ikke viktig – meget viktig)
- Hvordan vil du karakterisere kommunens samarbeid med fastlegene om forebyggende helsearbeid? (fem svaralternativer: meget dårlig – meget bra)

Samlet sett var det bred enighet om at fastlegen har en viktig eller meget viktig rolle for et godt forebyggende helsearbeid i kommunen (89 prosent). Imidlertid var det kun 28 prosent av informantene som beskrev samarbeidet som bra eller meget bra, mens 15 prosent mente at samarbeidet var dårlig eller meget dårlig. Figur 4.4 beskriver andel som svarer i de to mest positive svarkategoriene på disse to spørsmål om samarbeid med fastlegen, etter kommune-størrelse. Informanter fra de minste kommunene angir i større grad at kommunenes samarbeid med fastlegen om forebygging var bra eller meget bra (52 prosent), mot 15 prosent i de mellomstore og store kommunene. Denne forskjellen er statistisk signifikant ($p^{\chi^2}=0.004$).



Figur 4.4. Andel (%) som mener at fastlegens rolle er viktig/meget viktig, samt andel som mener at samarbeidet med fastlegen er (meget) bra (dikotome variabler), inndelt etter tredelt kommunestørrelse. Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

Informantene som svarte at samarbeidet med fastlegen var dårlig eller «både og», fikk mulighet til å utdype sine svar i fritekst. Informanter fra flere av kommunene presiserte at en viktig årsak til at samarbeidet ikke fungerte godt var mangel på formelle fora for samhandling og felles tiltak innen det forebyggende arbeidet. Det etterlyses en bedre dialog med fastlegene og mer strukturelle retningslinjer for få en bedre rolleavklaring og ansvarsfordeling. Det påpekes videre at kommunen ikke har noen instruksjonsmyndighet overfor fastlegene (kan ikke pålegge de oppgaver). Samtidig kommer det frem at en del av problematikken går ut på at fastlegene er separert fra andre tjenester, og

at de på en side ikke definerer seg som en del av kommunen, mens kommunen samtidig ikke definerer fastlegene som sitt ansvarsområde. Det er derfor en utfordring å få fastlegene til å oppfatte seg som en del av den kommunale innsatsen på forebyggende helsearbeid. Informanter i noen av kommunene opplever dessuten at en viktig årsak til at samarbeidet ikke fungerer bra, er at fastlegene jevnt over har en for høy arbeidsmengde og for lite tid.

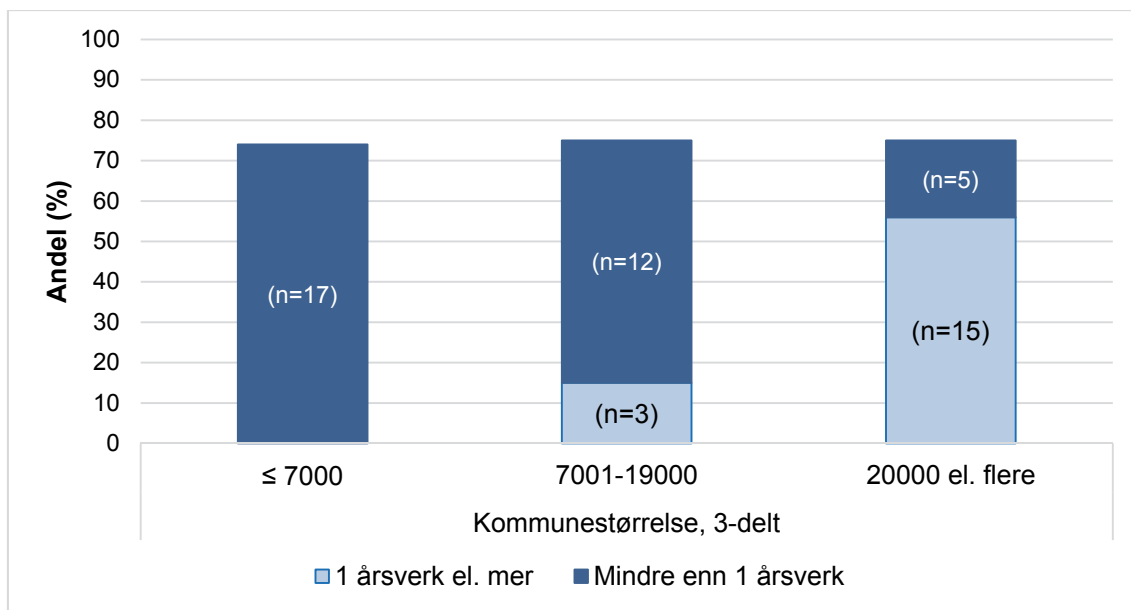
Informantene antydde også et skille mellom kommunalt ansatte leger og privatpraktiserende fastleger (som er de fleste) når det gjelder samarbeid. Det hevdes at det er vanskeligere å få til et godt samarbeid med fastleger som har egne foretak og således tenker fortjeneste, enn med kommunale leger. Informanter i fem av de 15 kommunene som opplevde at samarbeidet med fastlegene var «både og» eller «dårlig», fremhever at fastlegenes butikktenking blokkerer samarbeidet om folkehelse. Dette fordi kommunene ikke har anledning til å betale legene for å delta. En av informantene skildrer situasjonen slik:

Dårlig dialog og forståelse rundt arbeidssituasjonene. Fastlegene har egne AS og har derfor et mer forretningsmessig perspektiv, mens kommunen ønsker at de i større grad skal bidra. For fastlegene er deltakelse i utviklingsarbeid det samme som tapt inntekt.

Slik situasjonen er nå, oppfatter informanter fra disse kommunene at de i stor grad er priggitt fastleger som er genuint opptatt av folkehelsearbeid og villige til å bidra til kommunens folkehelsearbeid på dugnad for å få til et samarbeid.

Tverrsektorielt samarbeid om folkehelse innad i kommunen sies å ha blitt enda mer viktig med Folkehelselovens vektlegging av påvirkningsperspektivet, særlig av sosiale faktorer som påvirker helsen. Folkehelsekoordinatoren har en potensielt viktig rolle for å sikre at folkehelsearbeidet innenfor kommunen er tverrsektorielt. Resultatene fra vår spørreundersøkelse antydde at om lag tre fjerdedeler av kommunene (74 prosent) hadde en egen folkehelsekoordinator og 26 prosent hadde slike koordinatorstillinger for ett årsverk eller mer.

Figur 4.5 viser at andel kommuner med en folkehelsekoordinator er omtrent like stor i små og store kommuner, men små kommuner har oftere slike koordinatorstillinger tilsvarende mindre enn ett årsverk ($p^{\chi^2} < 0.001$).



Figur 4.5. Andel (%) som har folkehelsekoordinator og stillingsandel, etter tredelt kommunestørrelse. Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

For øvrig var det ingen betydelige sammenhenger mellom det å ha en folkehelsekoordinator og bakgrunnsvariabler som helseregion, frie inntekter per innbygger eller andel eldre (80+) i 2012 og andel eldre (80+) fremskrevet fram til 2035.

4.2 Ressursbruk og samarbeid i case-kommunene

For å vite mer om hvordan Samhandlingsreformen med den tilhørende Folkehelseloven har påvirket ressursbruk og samarbeid utad og innad i kommunen, ser vi på svar fra informantene i en case-studie vi gjennomførte i tre kommuner. I kapittel 2 er det gitt en fyldig beskrivelse av de tre case-kommunene. Når det gjelder ressursbruk spurte vi følgende innledningsspørsmål:

- Opplever du at kommunens ressursbruk til folkehelsearbeidet er endret etter iverksetting av Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven)? På hvilke måter?

Følgende spørsmål styrte samtalen omkring samarbeid:

- Hvordan vil du karakterisere samarbeidet mellom kommunen og eksterne aktører med tanke på folkehelsearbeidet? Hvordan har samarbeidet evt. endret seg med Samhandlingsreformen?

- Hvordan opplever du det tverrsektorielle folkehelsearbeidet internt i kommunen? Hvordan har dette evt. endret seg med Samhandlingsreformen?
- Hvor er folkehelsekoordinatoren plassert i kommunen? Hvordan oppfatter du at denne personen kan være en pådriver for folkehelsearbeidet i kommunen? Har folkehelsekoordinatoren et tydelig mandat?

Kommunenes bruk av ressurser på folkehelse

Kommune 1: en liten kommune

Fylkeslegen antydte at kommune 1 har brukt noe mer ressurser til å organisere ressursbruken i kommunen etter reformen, blant annet med å opprette en stilling til folkehelsekoordinator. Når det gjelder ressurser til tiltak, så har fylkeslegen vanskelig for å si om det har blitt brukt mer ressurser på konkrete folkehelse tiltak med reformen enn tidligere, men han påpeker at kommunens tiltaksplan skisserer en del nye økonomiske forpliktende tiltak på folkehelse, selv om han ikke kan si om kommunen bruker mer ressurser nå enn tidligere.

Begge kommuneinformantene (kommunefysioterapeut og sektorsjef for helse og sosial) er samstemte om at det har vært en økning i kommunens ressursbruk til å organisere folkehelsearbeidet etter reformen. Blant annet brukes det en del midler til å drifte kommunens folkehelsegruppe som møtes fire til fem ganger i halvåret. I tillegg sier informant 2 at det har gått noe mer penger til folkehelse tiltak og planlegging gjennom skjønnsmidler fra Fylkesmannen som kommunen har fått siden 2012. Informant 1 har et inntrykk av at det har vært en dreining i kommunens ressursbruk fra rehabilitering til større satsing på forebygging og helsefremming:

Det jeg ser sånn umiddelbart, det er jo at det blant annet brukes ressurser til folkehelsekoordinator og så går jo selvfølgelig noen ressurser til folkehelsegruppa som tas av de ressurser som allerede eksisterer. Men det som man kanskje merker veldig godt også, men som også er litt på tiltakssiden, er at vi ser at det er en dreining fra dette med behandling og reparasjon til at man satser mer på forebygging og helsefremming. Så slik sett er jo det i tråd med det som Samhandlingsreformen ønsker, at man skal forebygge mer og reparere mindre, så der også har det vært en dreining i ressursbruken, men det er vanskelig for meg å sette noen prosenter eller kroner og øre på det – blir mer et inntrykk.

Kommune 2: en mellomstor kommune

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen til kommune 2 kan ikke si noe konkret om kommunenes ressursbruk er endret med reformen, men mener at «det bør den jo være». Informanten vet iallfall at det har gått en del midler til folkehelsekoordinatorstillinger i kommunene da dette var et krav i partnerskapsavtalen om folkehelse allerede fra 2008 med tilskuddsmidler til kommunen, og at de fleste av disse kommunene har beholdt folkehelsekoordinatorfunksjonen i ettertid. Videre så skildrer informanten at fylkeskommunen har vært tydelig på at de forventer at det blir brukt mer ressurser på folkehelsearbeidet i kommunene og at de nye partnerskapsavtalene rammer mer tilskuddsmidler enn den tidligere avtalen:

Og så får kommunene nå tilskudd. Vi [fylkeskommunen] stresser dem [kommunene] veldig på at folkehelsearbeidet er kommunens ansvar og at vi forventer at det da blir brukt ressurser på dette arbeidet. Så vi har hatt en veldig sann bevisstgjøringsprosess på dette. Men kommunene får også nå i forbindelse med de nye partnerskapsavtalene som er laget for en treårsperiode, 2014–2016, en lovnad om at fylkeskommunen skal bruke ca. 12 millioner kroner i året på tilskudd i kommunene som er relatert til partnerskapsavtalen om folkehelse. Disse avtalene er todelte, de har en generell del, samt en spesifikk avtaledel for hver kommune, og da får kommunene et fast tilskudd på 100 000 NOK til denne generelle delen som går mer på det organisatoriske og koordinering og slikt. De kan for så vidt forvalte dette tilskuddet slik som de selv ønsker dersom de oppfyller kriteriene ellers i avtalen. Kommunene får i tillegg et tilskudd til den spesifikke avtaledelen, som de også selv skal være med å finansiere, men de får altså et tilskudd for de forskjellige resultatområdene. Så den enkelte kommune har altså fått et fylkeskommunalt tilskudd per år som kan variere fra mellom, dersom du legger sammen med de 100 000 som alle kommunene får, så varierer tilskuddene fra 225 000–350 000 NOK per kommune per år i perioden [2014–2016]. Så kommunene har jo dermed en god del ressurser å bruke på tiltak. Fylkeskommunen disponerer også flere andre tilskuddsordninger som kommunene kan søke spesifikt [da med folkehelse-relaterte prosjekter osv.].

De to kommuneinformantene er ikke helt samstemte når det gjelder endringen av kommunens ressursbruk på folkehelse med reformen. Informant 2 sier at hun ikke opplever at ressursbruken til folkehelse har vært endret og påpeker at økonomi er en begrensende faktor for det meste i kommunen, også folkehelse. Kommunen prøver dermed å koordinere folkehelsearbeidet på en slik måte at de får mest mulig ut av de ressursene som de har til rådighet, samt at de er flinke til å få tilskuddsmidler, og også har noen tilskuddsmidler gjennom partnerskapet med fylkeskommunen til rådighet. Informant 1, på den andre siden, er ikke i tvil om at kommunen bruker mer ressurser på folkehelse nå enn før reformen. Han opplever også at kommunens ressursbruk er mer tydelig enn tidligere. På spørsmål om ressursbruken går mer på organiseringen av folkehelsearbeidet eller om det også brukes mer midler til direkte tiltak, har informant 1 en oppfatning av at det har vært en økning til begge deler, men at det beror noe på hvilken definisjon man legger til grunn for et folkehelsetiltak. Tiltak med betydning for folkehelsen trenger ikke nødvendigvis å være stemplet som egne folkehelsetiltak, men kan inngå i alle tiltak som tar hensyn til dets innvirkning på folkehelsen:

... en ting er jo konkrete tiltak, men det er jo slik at indirekte og direkte når vi setter i gang nye prosjekter der folkehelseaspektet spiller inn, så har jo det noe å si for hvordan prosjektet blir, og slik sett blir det jo et folkehelsetiltak uten at det nødvendigvis er et eget folkehelsevedtak på at nå gjorde vi slik og slik, ikke sant. Men i og med at dette blir en del av den totale planleggingen og prosjekteringen, så er det jo klart at da brukes jo ressursene deretter for å få de tingene til slik som vi vil ha det [med folkehelseaspektet ivaretatt].

Kommune 3: en stor kommune

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen mener bestemt at ressursbruken til folkehelsearbeidet ikke har økt vesentlig med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven og at alle pengene med Samhandlingsreformen har gått til tjenesteyting, behandling og pleie og omsorg i fylkets kommuner, noe som er stikk i strid med reformens intensjoner. Likevel opplever informanten at det er brukt noe mer penger i den forstand at det er opprettet frisklivssentraler i mange av fylkets kommuner, men at det er et definisjonsspørsmål om frisklivssentraler kan regnes som sekundærforebygging eller om det er rehabilitering

og slik sett ikke del av folkehelsearbeidet. Samtidig så er det mange kommuner som har vansker med å greie å drifte disse sentralene når de innledende statlige tilskuddene tar slutt, slik at en del frisklivssentraler blir lagt ned etter relativt kort tid. Videre peker informanten på en risiko for at ressursbruken vris fra konkrete folkehelseiltak til helseovervåkning som et følge av kravene til løpende oversikt over befolkningens helse i Folkehelseloven. Ressursene vil da ikke bare gå med til å hente inn helsestatistikk, men i mange tilfeller kan også tid og penger gå med til å skolere folkehelsekoordinatorene i statistikk:

... man kan jo tenke seg selv at når man har folkehelsekoordinatorene som ikke har sittet på skolebenken på 20 år og ikke har høy statistikk-kompetanse plutselig får ansvar for helseovervåkning, så er det en veldig stor utfordring som jo innebærer at ressursene må tas fra et eller annet, og det krever mye tid.

Informant 1 i den største kommunen opplever at det er en større villighet til å avstå mer penger til og satse ytterligere på folkehelsearbeidet nå, enn tidligere, men er usikker på om det er et direkte resultat av Samhandlingsreformen og Folkehelseloven. Informanten konkluderer imidlertid med at villigheten til å satse på folkehelsearbeid trolig henger sammen med reformen, og trekker frem kommunens oppstart av frisklivssentral som et konkret tiltak som er finansiert etter at reformen inntraff. Informant 2 opplever at det ikke har vært noen vesentlige endringer i kommunens egen ressursbruk på folkehelse med reformen, men at det er brukt noe mere midler til folkehelse i forbindelse med søknader og planarbeid. Siden kommunen fortsatt er på et strategisk nivå med folkehelseplanen som skal vedtas i år, så har det heller ikke blitt brukt mere ressurser på tiltak. Samtidig så arbeider kommunen nå etter en folkehelse- og levekårsvurdering i alle politiske saker, slik at indirekte så går det nå noe mer ressurser til folkehelse i organisasjonen også på dette viset.

Samarbeid om folkehelsearbeidet med eksterne aktører

Kommune 1: en liten kommune

Fylkeslegen har ikke inngående kjennskap til hvordan samarbeidet mellom den interkommunale folkehelseenheten og kommune 1 har endret seg med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven, men informanten har en generell

oppfatning av at partene jobber godt sammen gjennom faste samarbeidsmøter og tydelig forventningsavklaring av hva partene ønsker fra hverandre.

Kommunene er involvert i ulike samarbeid om folkehelse med aktører utenfor kommunen. De viktigste samarbeidene er enten med fylket eller med andre kommuner. Kommune 1 samarbeider både med fylket og fylkesmannen gjennom nettverk der særlig folkehelse i planverket er sentralt. Kommune 1 har dessuten et omfattende samarbeid om folkehelsearbeidet med seks andre kommuner i regionen. Enheten består av en folkehelsekoordinator, en samfunnsmedisiner og en miljøhygieniker, og fungerer som en ressursenhet og støttespiller for kommunenes folkehelsearbeid når det gjelder kartlegging, analyser av helsedata og koordinering av samarbeidsprosjekter med andre kommuner. Strategigruppa i kommunen har faste møter med folkehelseenheten to ganger i året der enheten viser kommunens utfordringsbilde innen folkehelse. Denne samarbeidsenheten ble opprettet i 2010 med en felles folkehelsekoordinator for kommunene. Informantene i kommune 1 er usikre på om enheten ble opprettet som en direkte forberedelse til den kommende Samhandlingsreformen med Folkehelseloven, men mener at samarbeidet med den interkommunale folkehelseenheten ble noe endret etter at reformen inntraff. Informant 2 mener i hovedsak at det som er endret etter reformen er at kommunen rent organisatorisk har delegert myndighet til samfunnsmedisineren i folkehelseenheten i henhold til miljørettet helsevern. Informant 1 på den andre siden opplever generelt at samarbeidet mellom kommunen og den interkommunale enheten har fått en klarere ansvars- og rollefordeling etter reformen:

... vi har nok jobbet med folkehelse før reformen kom også, men da tror jeg at den avklaringen mellom de to aktørene [kommunen og den interkommunale enheten] ikke var så tydelig i forhold til hvem som skal gjøre hva og hvilke oppgaver som folkehelseenheten skal fokusere på og hvilke oppgaver som kommunen skal fokusere på. Men etter at reformen trådte i kraft, så har vi selvfølgelig brukt litt tid på å finne ut av hvordan vi skal samarbeide også, men jeg tror den fordelingen [ansvarsfordelingen] har blitt mye tydeligere. Folkehelseenheten skal være den som skal kunne hjelpe kommunen med å hente inn data, analysere data, ha oversikt over folkehelsen i kommunen, mens kommunen og folkehelsegruppa i kommunen skal være mer

den utøvende part og være med på planlegging av tiltakene som skal skje. Så jeg vil absolutt si at vi jobbet med folkehelse før også, men nå er det nok et mer avklart forhold der vi er litt tydeligere på hvem som skal gjøre hva.

Kommune 2: en mellomstor kommune

Fylkeskommunen er, gjennom en partnerskapsavtale for folkehelse, den viktigste eksterne samarbeidspartneren om folkehelse for kommune 2. Denne avtalen ble første gang inngått i 2008 og senere fornyet i 2014. Fylkeskommunens funksjon i partnerskapet er å opptre som pådriver for at kommunen skal oppfylle folkehelsemålsettingene i fylkesplanen, noe som gjøres gjennom nettverksmøter og partnerskapsavtaler, samt at fylkeskommunen har en rådgivende funksjon og stiller med faglig kompetanse. Kommunen på den andre siden forplikter seg gjennom partnerskapet til å vektlegge folkehelse i kommunale planer, samt å sørge for ansatte med folkehelse som arbeidsområde og å gjennomføre folkehelsetiltakene som planlegges. Mye av innholdet i partnerskapsavtalene er generelle avtaler med ansvar og rollefordeling mellom fylket og kommunene som er like for alle fylkets kommuner, men partnerskapsavtalene inneholder også en egen del som er kommunespesifikk og omtaler mål og forpliktelser basert på forhold og utfordringer i den enkelte kommunen.

Den fylkeskommunale folkehelserådgiveren påpeker at kommunene er fylkeskommunens viktigste aktør for folkehelsearbeidet, og at de derfor har formalisert samarbeidet gjennom partnerskapsavtaler. Folkehelserådgiveren mener, i motsetning til kommuneinformantene, at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har påvirket den nye partnerskapsavtalen som fylkeskommunene inngikk med kommunene i 2014. Selv om mange av prinsippene er videreført fra den forrige avtalen fra 2008, så mener han at kravene til kunnskapsgrunnlag har blitt tydeligere med reformen, noe som også har preget partnerskapsavtalene. Den kommunespesifikke avtaledelen i partnerskapsavtalen inneholder konkrete resultatområder som det skal jobbes med tiltak mot, samt resultatmål for å gi meningsfulle tiltak som går over tid. Gjennom arbeidet med de nye partnerskapsavtalene for folkehelse, sier informanten at han opplevde at det hadde skjedd mye med forståelsen av folkehelsearbeidet i kommunen på rådmanns og politisk nivå siden forrige partnerskapsavtale ble inngått i 2008.

Informant 1 i den mellomstore kommunen opplever ikke at partnerskapet med fylkeskommunen har blitt endret med reformen, heller ikke gjennom inngåelse av ny partnerskapsavtale i 2014. Informant 2 har mye av det samme inntrykket og mener fylkeskommunen har arbeidet med folkehelse lenge før reformen kom, men at reformen har bidratt til å spisse folkehelsearbeidet noe:

Kanskje ikke så mye, for der har det jo vært et veldig fokus og innsats hele tiden – fylkeskommunen har vært et veldig foregangsfylke på dette med folkehelsearbeid, så jeg tenker kanskje egentlig at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven bare har bygd opp under den jobben som allerede var i gang, og kanskje rendyrket det mer. Men jeg ser som sagt ikke at det har blitt så stor forskjell på det akkurat med de lovene [Samhandlingsreformen med Folkehelseloven] i samarbeidet med fylket.

Når det gjelder eksterne samarbeid utover partnerskapet med fylket omtaler også informant 2 i kommune 2 deres samarbeidsavtale om folkehelse med helseforetaket (tjenesteavtale 10), men at dette samarbeidet ikke har fungert etter planen da helseforetaket er vanskelig å få i gang på folkehelsefeltet. Kommunen samarbeider også på fylkesnivå på andre plan slik som med frafall i videregående skole og med NAV når det gjelder arbeid for integrering og å redusere sosial ulikhet i helse. I tillegg opplever informant 2 at bevisstheten rundt potensialet i frivillige aktører til folkehelsearbeid har økt de siste årene. Det har blitt opprettet en frivilligsentral som skal legge til rette for samordning med frivillige aktører. Frivilligsentralen har dessuten en egen aktivitets- og strategiplan der folkehelse er med.

Kommune 3: en stor kommune

Kommune 3 har en partnerskapsavtale om folkehelse med fylkeskommunen der fylkeskommunen skal opptre som pådriver for at kommunene skal oppfylle folkehelsemålsettingene i fylkesplanen. Kommunene forplikter seg til å vektlegge folkehelsearbeidet i kommunale planer, sørge for ansatte som har folkehelse som arbeidsområde og at folkehelsearbeidet gjennomføres. Kommunen og fylkeskommunen inngikk denne partnerskapsavtalen noen år før Samhandlingsreformen inntraff. Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen mener at

partnerskapet om folkehelse mellom fylket og kommunene ikke har endret seg så mye med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven, men at det har forekommet en ressursvridning i fylket. Fylkeskommunen har nemlig ansatt en folkehelseanalytiker som blant annet jobber med helseoversikt, slik at de i enda større grad kan tilby analytisk kompetanse og kartlegging i kommunene.

De to kommuneinformantene opplever heller ikke at partnerskapet har endret seg drastisk med reformen. Informant 1 tror imidlertid at lovbestemmelsene for folkehelse som kom med iverksetting av plan- og bygningsloven i 2009, har påvirket innholdet i partnerskapsavtalen noe i form av større krav til oversikt over befolkningens helse. I tillegg så opplever informanten, i likhet med folkehelserådgiveren i fylket, at reformen har ført til at fylkesenheten i større grad har blitt et kompetansesenter for helsedata og folkehelsearbeid, og tilbyr analytisk kompetanse av helsedataene til kommunen. Informant 2 har også et inntrykk av at samarbeidet med fylket har dreid seg mer om diskusjoner rundt planarbeid og mal for oversiktsarbeidet, samt helsekonsekvensutredninger i politiske saker etter at Folkehelseloven kom.

Kommune 3 har lenge vært sertifisert etter «en modell» for å styrke det skadeforebyggende arbeidet. Mange kommuner som er med i denne «modellen» bruker også dette som verktøy for organisering og støtte til det bredere folkehelsearbeidet, ikke bare skadeforebygging. Dette har imidlertid ikke vært tilfelle i kommune 3. Informant 1 opplever snarere at «modellen» har kommet noe i bakgrunnen de siste årene på grunn av partnerskap og folkehelseprosjekter, men at kommunen har diskutert at det er på tide å løfte fram dette skadeforebyggende arbeidet igjen.

Tverrsektorielt folkehelsearbeid

Kommune 1: en liten kommune

Fylkeslegen har inntrykket av at det tverrsektorielle arbeidet i alle fylkets kommuner generelt er godt, med de fleste av kommunesektorene involvert i folkehelsearbeidet, men at det selvfølgelig varierer noe fra kommune til kommune. Han mener at kommune 1 er en av foregangskommunene i fylket når det gjelder planleggingen og organiseringen av folkehelsearbeidet.

Kommune 1 hadde tidligere en partnerskapsavtale for folkehelse med sitt fylke gjennom et interkommunalt foretak, men denne avtalen har ikke blitt

fulgt opp siden 2007. Dette innebærer blant annet at kommunen ikke har noen formelle krav om å ha en folkehelsekoordinator. Kommunene har likevel hatt en folkehelsekoordinator i deltidsstilling organisatorisk plassert under sektor for oppvekst i tiden etter reformen, men denne stillingen er for tiden vakant (siden sommeren 2014), slik at koordinatorfunksjonen midlertidig ligger til informant 2. Denne informanten opplever likevel at et midlertidig fravær av folkehelsekoordinator ikke har gått nevneverdig utover folkehelsearbeidet og tverrsektorielt samarbeid i kommunen, da de har en velfungerende folkehelsegruppe. Folkehelsegruppen består av representanter fra kommunens sektorer. Denne gruppa jobber tett med en strategigruppe som består av ledelse og administrasjon i kommunen og gir innspill til folkehelsegruppa som utarbeider kommunedelplan for folkehelse.

De to informantene i kommunen er ikke helt samstemte om når de mener at denne folkehelsegruppa ble etablert. Informant 1 opplever nemlig helt klart at denne folkehelsegruppa ble opprettet grunnet kravene til folkehelse i Samhandlingsreformen med Folkehelseloven. Informant 2 mener imidlertid at kommunen også hadde en folkehelsegruppe forut for reformen, men at dens funksjon og oppgaver har blitt tydeligere med reformen. Informant 1 mener at folkehelsekoordinatoren generelt kan være en pådriver for folkehelsearbeidet gjennom å arbeide for folkehelse i planverket og administrere kommunens folkehelsegruppe. Stillingen som folkehelsekoordinator skal fungere som den røde tråden i kommunens folkehelsearbeid:

Samtidig så blir jo folkehelsekoordinatoren den røde tråden gjennom organisasjonen som kommunen er, der hen at den [folkehelsekoordinatoren] har en dialog og samhandling med administrasjonen og ledelsen og folkehelsegruppa og sektorene og det politiske arbeidet, da. Så det er i alle vis den koordinatoren som blir den røde tråden i folkehelsearbeidet.

Begge kommuneinformantene har en opplevelse av at folkehelsekoordinatoren ble hørt og hadde et tydelig mandat i den tiden stillingen var besatt i kommunen. Selv om stillingen som folkehelsekoordinator lå under oppvekstsjefen i kommunen, så ledet koordinatoren kommunens folkehelsegruppe og rapporterte til strategigruppa som består av rådmannens ledelse. Det var med andre ord en viss kontakt mellom folkehelsekoordinatoren og rådmannsnivå.

Fylkeslegen har ikke konkret kjennskap til hvordan folkehelsekoordinatoren fungerte i kommune 1, men han vet at kommunen bestemte seg for å øke stillingsandelen til folkehelsekoordinatoren i prosessen etter pilottilsynet for folkehelse i 2013. Dette var nok for å frigi mer tid til arbeidet med å holde en løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer.

Kommune 2: en mellomstor kommune

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen sier at fylket har vært veldig bevisste på det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i sin rådgivning overfor fylkets kommuner også før reformen, men at Folkehelseloven i enda større grad understreket dette med tverrsektorielt samarbeid. Likevel har han ikke kjennskap til om Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har ført til at det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunene generelt har blitt bedre eller mer omfattende.

De to informantene i kommune 2 opplever at det er et godt tverrsektorielt folkehelsearbeid innad i kommunen. Informant 1 mener imidlertid at folkehelsearbeidet med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven har blitt forankret i kommunens planforum og andre sektorovergripende arenaer der enten folkehelsekoordinatoren eller kommuneoverlegen deltar fast. Han opplever at folkehelse har blitt en naturlig del av saksbehandlingen og hele kommunens kompleks, og at alle sektorer slik sett tar del i folkehelsearbeidet. Informant 2 opplever at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har ført til mer tverrsektorielt folkehelsearbeid og et bredere fokus på folkehelse, men har vanskelig for å si om dette er et direkte resultat av reformen alene, eller om det henger sammen med flere andre forhold i tiden rundt da Samhandlingsreformen inntraff:

Altså, det kom jo mange ting rundt samme tid, f.eks. folkehelsegreiene i plan- og bygningsloven. Så det har nok vært mer på tvers, men det kom nok omtrent rundt samme tid som Samhandlingsreformen. Men om det økte fokuset på tverrsektorielt folkehelsearbeid bare er på grunn av reformen og Folkehelseloven, er jeg usikker på. Det har iallfall blitt mer bevissthet rundt det de siste åra.

Gjennom samarbeidsavtalen med fylkeskommunen forplikter kommune 2 seg til å ansette en folkehelserådgiver eller -koordinator og sørge for en organisering som gir folkehelsekoordinatoren nødvendig mulighet og myndighet til å ivareta og stimulere det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Stillingen som folkehelsekoordinator i kommunen ligger under kommuneoverlegen som er leder for helsesektoren. Et av kravene til stillingen er at folkehelsekoordinatoren må ha analytisk kompetanse på helsedata. Stillingen som folkehelsekoordinator er nå besatt av en person med 50 prosent virke i kommune 2 og 50 prosent virke som folkehelsekoordinator i en naboliggende kommune.

Informant 2 sier at det ikke var et bevisst valg å dele koordinatorfunksjon med en annen kommune, men at denne kandidaten var best egnet av de som søkte på stillingen. Begge informantene opplever at folkehelsekoordinatoren har et tydelig mandat og blir hørt i sitt virke. Selv om folkehelsekoordinatoren er organisert direkte under kommuneoverlegen i det daglige arbeidsforholdet, sier informant 1 at de i praksis har en mellomløsning, slik at koordinatoren også tidvis rapporterer direkte til rådmannen. Informant 2 fremhever at de vektlegger at folkehelsekoordinatoren skal sitte med oversikten over hva som rører seg i de ulike sektorene, men ikke være den som alene skal drive og sette i gang folkehelse tiltakene:

Folkehelsekoordinatoren har en oversikt og koordinerer den samlede innsatsen i kommunen, slik som vi tenker. Folkehelsekoordinatoren hjelper til med å sette i gang tiltak, men skal ikke drive folkehelse tiltakene alene for det skal skje ute tverrsektorielt. Folkehelsekoordinatoren skal holde en tråd og den skal vite om hva som skjer, og hjelpe og på en måte katalysere dersom det er flere i kommunen som tenker de samme tankene, og sette folk sammen. Den skal hjelpe til med å holde en oversikt over hva vi gjør i forskjellige kommuneledd og -sektorer.

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen sier at de har kraftig oppfordret kommunene til å knytte stillingen som folkehelsekoordinator tett opp mot den sentrale kommuneadministrasjonen. Informantens inntrykk er at mange av fylkets kommuner har foretatt en slik organisering, men at det også er en del kommuner der folkehelsekoordinatoren er knyttet til helsesektoren med helseleder som nærmeste overordnet. Folkehelserådgiveren fremhever at

kommunene gjennom partnerskapsavtalen med fylket plikter til å sørge for at kommuneorganiseringen gir folkehelsekoordinatoren den nødvendige mulighet og myndighet til å ivareta og stimulere det tverrsektorielle folkehelsearbeidet i kommunen. Han opplever at kommunene generelt følger kravet om tverretatlige grupper forankret i kommuneledelsen, men at det er noe forskjellig hvor godt disse gruppene fungerer og dermed også i hvor stor grad folkehelsekoordinatoren blir hørt.

Kommune 3: en stor kommune

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen opplever generelt at de små kommunene i fylket samarbeider mer på tvers av kommunens sektorer enn de store kommunene, men er tydelig på at dette ikke videre kan tolkes som at folkehelsearbeidet har bedre kvalitet i de små kommunene. Denne oppfatningen blir begrunnet slik:

Fordi at i de små kommunene, dette er jo dilemmaet mellom arbeidsdeling og spesialisering, i de små kommunene er det veldig mange «sorte skjørt» som både er vaktmester og folkehelsekoordinator og rådmann, for å tulle litt, men de fyller mange ulike roller og det kan jo gå utover fagkvaliteten. Selv om de kan bli sabla gode på tverrsektorielt arbeid sammenlignet med de store kommunene, så er jo noe av fordelen med de store kommunene at du får større fagmiljøer.

Likevel mener den fylkeskommunale folkehelserådgiveren at det er vanskelig å få til tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunene, særlig når ressursene er knappe, og at dette er et område som er til dårlig samvittighet for kommunene. Etter at det ble gjennomført pilottilsyn i noen av fylkets kommuner i 2013, så opplever imidlertid informanten at kommuneledelsen har blitt tvunget til å sette det tverrsektorielle folkehelsearbeidet på dagsordenen og at det lages rutiner der folkehelsekoordinatoren og kommunelegen informerer kommunens ledergruppe om folkehelsearbeidet flere ganger årlig.

I kommune 3 har det vært en prosess for det tverrsektorielle folkehelsearbeidet de siste åra. I forbindelse med at kommunen ønsket å utarbeide en egen kommunedelplan for folkehelse ble det opprettet en tverrsektoriell arbeidsgruppe for folkehelsearbeidet der minst én representant fra hver kommunesektor har deltatt. Informant 1 vil ikke si at dette tverrsektorielle

samarbeidet er et resultat av Samhandlingsreformen med Folkehelseloven direkte, men mer indirekte i den forstand at reformen var en av faktorene som gjorde at kommunen ønsket en folkehelseplan, særlig for å forebygge sosial ulikhet i helse. Informant 2 opplever at det ikke fantes noe utbredt tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunen før Samhandlingsreformen, men at det tidligere kun var folkehelsekoordinator som holdt i kommunens folkehelsearbeid og passet på at etablerte tiltak fikk deres andel penger og lignende (utover det arbeidet som drives på helsestasjoner, i barnehage og skoler osv.).

Kommune 3 er ikke gjennom partnerskapsavtalen for folkehelse med fylkeskommunen forpliktet til å ansette en folkehelsekoordinator, men det står at kommunen *bør* sikre en koordinatorfunksjon for å pleie folkehelsearbeidet på tvers av kommunens sektorer. Kommunens folkehelsekoordinator er plassert under virksomhet for bærekraftig samfunnsutvikling som ligger innen seksjon for kultur, miljø og byutvikling. Informant 2 beskriver at denne seksjonen driver med samfunnsutvikling på mange plan og i praksis er rådmannens stabsseksjon.

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen har en oppfatning av at majoriteten av folkehelsekoordinatorene i fylkets kommuner er plassert i helse-tjenestene, men mange er også organisert under plan eller beslektede planmiljøer, eller i rådmannens stab. Informanten tror at folkehelsekoordinatoren kan være en veldig viktig stilling, og deler Helsedirektoratets syn på at denne funksjonen bør være rådmannens forlengende arm ut mot organisasjonen og bidra til «helse i alt». Informanten opplever imidlertid at mange kommuner ikke får realisert folkehelsekoordinatorens potensiale fordi kommunen ikke klarer å finne midler til å fullfinansiere dem. Generelt så erfarer likevel informanten at fylket har et relativt slagkraftig koordinatorkorps, da mange av de som fyller stillingen som folkehelsekoordinator også er kommunale ledere/tidligere kommunale ledere eller heltidsansatte. Samtidig så opplever informanten at folkehelsekoordinatorene kunne fått gjort så mye mer dersom forholdene ble lagt til rette for det i form av ressurser og økt stillingsbrøk:

Men det kunne ha vært så mye mer hadde de [folkehelsekoordinatorene] fått forutsetningene til å gjøre jobben sin lagt til rette. Det som vi ser er problematisk for en del koordinatører er at de har veldig mange hatter på seg, og hvis du skal fylle veldig mange roller, så er

det jo en viss risiko for at du ikke blir god på noe som helst. Dessuten er det svært få av disse koordinatorene som disponerer økonomiske ressurser. Kommuneorganisasjonen mangler kraft til å drive samfunnsutvikling og det er en konsekvens av statlig styring som pålegger kommunene mer og mer tjenesteyting, noe som går veldig utover kommunens kapasitet til å drive samfunnsutvikling, drive partnerskap, jobbe med institusjonell kapasitetsbygging og de perspektivene der. Dessverre er det nedprioritert.

Informant 2 i den største kommunen opplever at folkehelsekoordinatoren i større grad er «satt på kartet» og har fått en utprega rolle i kommunen etter at Folkehelseloven kom og de startet med å utarbeide en egen kommunedelplan for folkehelse. Informant 1 opplever at folkehelsekoordinatoren har et tydelig mandat og blir hørt i sitt virke og beskriver rollen i kommunen følgende:

Folkehelsekoordinatorens rolle er å være pådriver for kommunens folkehelsearbeid og legge til rette for at kommunen jobber aktivt med å fremme folkehelse gjennom sitt politiske og tjenesteytende arbeid. Koordinatoren skal være et bindeledd mellom de ulike kommunale sektorene, og mellom rådmannens stab og sektorene, og har en spesielt viktig rolle når det kommer til å ivareta folkehelse i planarbeidet.

På spørsmål om folkehelsekoordinatoren sitter tett på rådmannen, sier informant 1 at det er en umulighet i en kommune av denne størrelsen (over 20 000 innbyggere), men at folkehelsekoordinatoren har et godt samarbeid med rådmannens stab.

4.3 Oppsummering

Våre resultater antyder *for det første* at omtrent tre av ti kommuneansatte i de 76 undersøkte kommunene opplever at det i stor eller meget stor grad har vært en økning i kommunens ressursbruk på forebyggende helsearbeid. Nesten halvparten oppgir at det i noen grad har vært en økning. Opplevelsen av at et godt forebyggende helsearbeid kan redusere utgifter til kommunal medfinansiering, henger sammen med opplevelsen av økt innsats på det kommunale forebyggende helsearbeidet. Regjeringen har fjernet kommunal medfinansiering fra 1.1.2015, men ønsker fortsatt å stimulere til videre arbeid med å

redusere bruken av spesialisthelsetjenester. Helsedirektoratet foreslår at det opprettes ordninger som retter seg mot særskilte, forebyggbare innleggelser (avgrensning av medfinansiering etter diagnose) (Helsedirektoratet, 2014b).

Informanter fra case-studien som er gjennomført i de tre kommunene antyder også en økning i kommunens ressursbruk på folkehelse etter at reformen trådt i kraft. Det er imidlertid ingen av informantene som antyder at ressursene har gått til nye eller flere helseforebyggende tiltak. Eventuelle økninger tilskrives foreløpig en utvidet begrepsbruk, det vil si, det er flere tiltak som nå regnes som et folkehelsetiltak. For øvrig oppgir informantene at det går økte ressurser med til organisering og planlegging av kommunens folkehelsearbeid i form av midler bevilget til å opprette en folkehelsekoordinatorstilling, lage helseoversikter, deltagelse i planforum, og/eller strategigrupper og arbeidsgrupper for folkehelse. Informanter fra to av kommunene nevner tilskuddsmidler fra fylkeskommunen og Fylkesmannen som viktige ressurser for kommunens folkehelsearbeid. Våre funn understreker at en økning i ressursbruk til folkehelsearbeidet ikke er ensbetydende med en økning i ressursbruken på folkehelsetiltak. To år inn i Samhandlingsreformen går økte ressurser snarere til organiseringen av kommunens folkehelsearbeid.

For det andre peker informantene fra case-studien i 2015 på et sterkt samarbeid mellom kommunen og fylkeskommunen, og mellom kommunen og andre kommuner. Informantene opplever at disse samarbeidene har blitt endret med reformen i den forstand at rollene mellom partene har blitt klarere og at de eksterne enhetene dermed har fått en tydeligere rolle som kommunens ressursenhet for analytisk kompetanse på helsedata og kartlegging. Spørreundersøkelsen viste at Fylkeskommunen, Helsedirektoratet, Fylkesmannen og andre kommuner er de eksterne enhetene som kommunene samarbeider mest med når det gjelder folkehelsearbeidet. En rapport fra 2011 viste at 59 prosent av kommunene hadde inngått partnerskap for folkehelse med fylkeskommunen i 2011 og at alle fylkeskommuner hadde inngått slike partnerskap med Helsedirektoratet (i 2007) (Helgesen, & Hofstad, 2012). At informantene fra de 76 kommunene i hovedsak nevner fylkeskommunen og andre kommuner som eksterne aktører for samarbeidet om folkehelse, antyder at dette er de viktigste og mest aktive samarbeidene som kommunen har utenfor sin egen organisasjon. Kommunene ser ikke ut til å ha dannet flere sentrale

eksterne samarbeid om folkehelse med reformen, men de eksisterende samarbeidene med eksterne enheter har blitt mer spisset og fått en tydeligere rolleavklaring. Informanter i kommuneundersøkelsen pekte i liten grad på samarbeid med KS, noe som kan bero på den prominente rollen til blant annet Helsedirektoratet i det kommunale folkehelsearbeidet.

For det tredje understreker våre funn en begrenset betydning av Samhandlingsreformen med Folkehelseloven for kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid. Informantene fra case-studien har generelt ikke en klar oppfatning av at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven er direkte årsak til økt tverrsektorielt folkehelsearbeid i kommunene, men at det trolig henger sammen med flere andre forhold i tiden rundt da reformen inntraff. Tre av fire kommuner i vår survey har en folkehelsekoordinator, hvorav 26 prosent har en koordinatorstilling for ett årsverk eller mer. I case-kommunene er folkehelsekoordinatoren plassert under henholdsvis sektor for oppvekst, sektorsjef for helse og sosial, og virksomhet for bærekraftig samfunnsutvikling. Folkehelsekoordinatoren skal ha en oversikt over og koordinere den samlede innsatsen av folkehelsearbeidet på tvers av kommunens sektorer. Det er tidligere funnet at kommuner med folkehelsekoordinator integrerer folkehelsehensyn i planer i større grad enn kommuner uten folkehelsekoordinator (Helgesen, & Hofstad, 2012).

De tre kommunene i case-studien har ulike innfallsvinkler til og forankring av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. To av kommunene har en egen tverrsektoriell styringsgruppe som arbeider med folkehelse i planleggingen og ut i organisasjonen, mens den tredje kommunen i hovedsak behandler alle saker i kommunens planforum ut ifra et folkehelseperspektiv og ivaretar således det tverrsektorielle folkehelsearbeidet på denne måten. Denne kommunen har også valgt å ikke utarbeide en egen kommunedelplan for folkehelse som en strategi for å få folkehelseaspektet inn i alle kommunens planer nettopp for å styrke det tverrsektorielle. Kommunen følger formelle krav til folkehelsearbeidet og fremstår med høy bevissthet rundt det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, men det er noe uklart hvordan dette fungerer i praksis.

5 Oversikt over helseutfordringer og utforming av tiltak

I dette kapitlet belyser vi hvorvidt kommunene har en løpende oversikt over befolkningens helsetilstand og om de på bakgrunn av dette utarbeider målrettede folkehelseiltak, slik som det oppfordres til gjennom Samhandlingsreformen. Samhandlingsreformen innebærer også en dreining i perspektivet på folkehelsearbeidet fra å være sykdomsforebyggende til å satse mer på helsefremming med vekting av sosiale påvirkningsfaktorer. Hvordan oppleves dette av de som er administrativt og politisk ansvarlige for folkehelsearbeidet i kommunene? I 5.1 presenterer vi først resultatene fra spørreundersøkelsen til ledere i 76 kommuner. Deretter, i 5.2, presenteres erfaringer fra informanter i de tre case-kommunene.

5.1 En oversikt over kommunenes folkehelseiltak: resultater fra spørreundersøkelsen

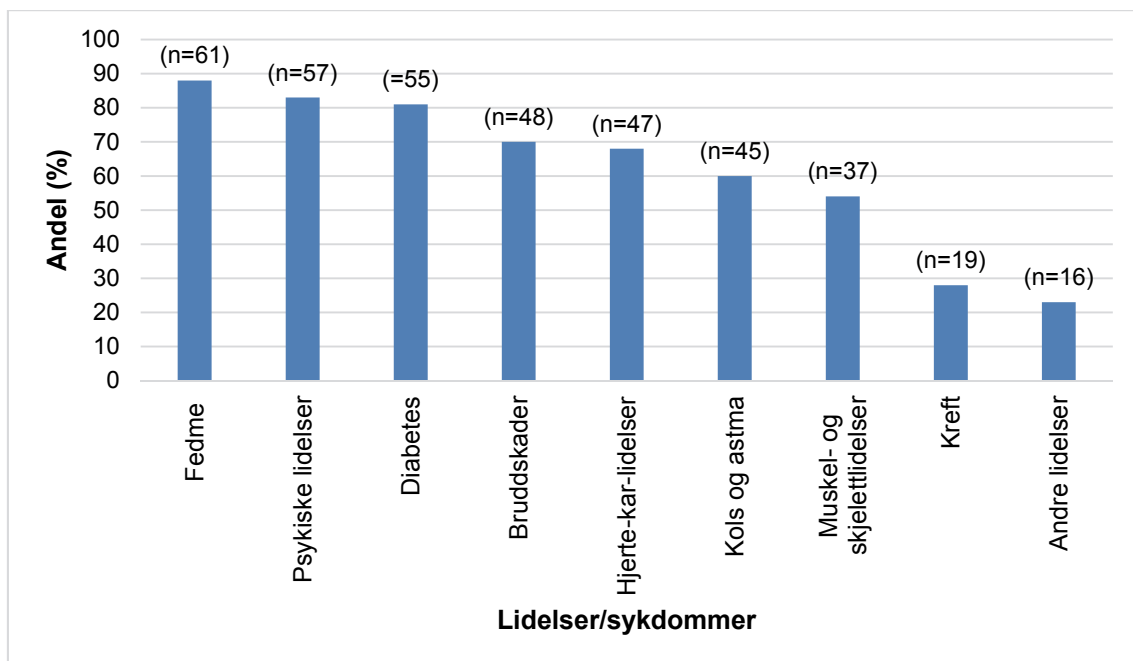
I dette avsnitt ser vi på hvordan kommunale ledere i 76 kommuner beskriver kommunenes arbeid med å skaffe seg oversikt over folkehelseutfordringene i kommunen, blant annet gjennom bruk av folkehelseprofiler som har blitt publisert siden 2012. Folkehelseprofilene gir en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen med blant annet nøkkeltall knyttet til levekår, miljø, utdanning, levevaner, inklusiv fedme og røyking. Folkehelseprofilene inneholder også indikatorer knyttet til forekomsten av en rekke utbredte kroniske lidelser og livsstilssykdommer, som psykiske lidelser, muskel- og skjelettsykdommer, hjerte-karsykdommer, type 2-diabetes, lungekreft og tykk- og endetarmskreft. Videre ser vi på hvordan kommunene opplever virkningen av tiltakene for å forebygge disse lidelsene og den konkrete rollen til frisklivssentraler.

(i) helseutfordringer og helsetilstanden

Litt over halvparten (54 prosent) av de 76 kommunene oppgir at de bruker folkehelseprofilene i stor grad eller meget stor grad for å kartlegge folkehelseutfordringer. Til sammen 40 prosent av kommunene oppgis å bruke disse profilene i noe grad. Det var ingen betydelige variasjoner etter kommune-størrelse i bruk av folkehelseprofilene.

Ved å bruke folkehelseprofilene og andre data om befolkningen kan kommunene kartlegge hvilke sykdommer og lidelser som er mest utbredt i kommunen og sette inn forebyggende tiltak der det trengs mest. Derfor ble informantene også spurt om hvorvidt deres kommune i 2014 hadde iverksatt tiltak for å redusere omfanget av åtte tilstander og lidelser. Figur 5.1 viser andelen som har svart at kommunen har utformet tiltak for hver tilstand. Nesten ni av ti kommuner har tiltak for å redusere fedme (88 prosent), og over 80 prosent av kommunene har iverksatt tiltak for å redusere psykiske lidelser (83 prosent) og diabetes (81 prosent). Tiltak for å redusere omfanget av bruddskader, muskel- og skjelettlidelser og hjerte-karlidelser finnes i godt over halvparten av kommunene. Kreft er den sykdommen som færrest kommuner har iverksatt konkrete tiltak mot (28 prosent), mens 23 prosent av kommunene har tiltak mot andre lidelser enn de som er spesifisert (blant annet forebygging av rus og avhengighet).

Alle kommunene som oppga svar på spørsmålet (i alt 69 kommuner) har forebyggende tiltak mot minst én av lidelsene eller tilstandene. Tre kommuner har kun tiltak mot én av lidelsene, mens tre kommuner har forebyggende tiltak mot alle de opplistede lidelsene, samt andre lidelser. De fleste kommunene har iverksatt tiltak for mellom fem og åtte av disse lidelsene (hele 48 av de 69 kommunene som hadde svart på spørsmålet). Tiltak mot fedme og diabetes var mest utbredt i disse kommunene.



Figur 5.1. Andel kommuner (%) som har konkrete forebyggende tiltak for å redusere omfanget av opplistede lidelser/sykdommer Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

Omfanget og typen av tiltak varierer ikke vesentlig etter helseregion og de fleste andre kommunetegnene. Vi fant imidlertid at tiltak mot KOLS og astma var vesentlig mer utbredt i mellomstore kommuner (7 000–20 000 innbyggere) der 85 prosent av kommunene hadde slike tiltak, mot 66 prosent av de største kommunene (> 20 000 innbyggere) og 48 prosent av de minste kommunene (< 7000 innbyggere) ($p^{\chi^2}=0.038$).

(ii) Forebyggende tiltak

Informanter i alle de kommunene som svarte på spørreskjemaet har en eller annen form for forebyggende tiltak for å begrense sykdom og lidelser i befolkningen. De vanligste tiltakene er tiltak mot fedme, psykiske lidelser og diabetes. Informantene fikk mulighet til å utdype hvilke tiltak de hadde i deres kommune for å forebygge sykdommene og lidelsene. Nedenfor oppsummerer vi svarene til informanter fra de 20 kommunene som kom med utfyllende kommentarer.

Informantene oppgir mange av de samme tiltakene når de utdyper svarene om forebygging av fedme, diabetes og hjerte-karsykdommer. Disse tiltakene går i hovedsak ut på å legge til rette for fysisk aktivitet i nærmiljøet og et riktig kosthold, som regel i regi av kommunens frisklivssentral i form av kurs og lavterskeltilbud for utsatte individer. Kommunenes fedmetiltak er ofte rettet mot barn og unge tilknyttet skole og helsestasjon gjennom ernæringskampanjer, treningsgrupper og «drop-in»-tilbud. Kun et fåtall av kommunene har tiltak mot fedme blant eldre.

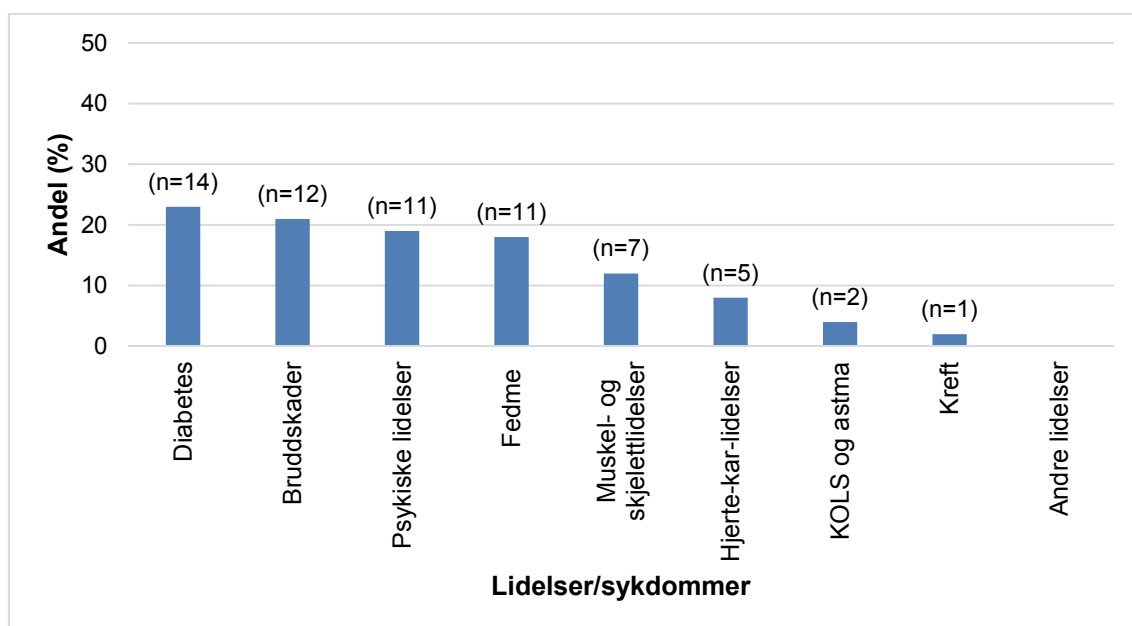
Konkrete tiltak for å forebygge KOLS og astma i kommunene retter seg for det meste mot røyking i form av røykesluttkurs, gjerne som et tilbud ved frisklivssentraler og lærings- og mestringssentre. Kreftforebyggende tiltak som nevnes er røykesluttkurs og kostholdsveiledning.

Muskel- og skjelettlidelser kan omfatte flere typer kroniske lidelser slik som rygg- eller nakkeplager, osteoporose og revmatiske sykdommer, og forekommer ofte blant eldre (Folkehelseinstituttet, 2014). Tiltak som nevnes for å forebygge muskel- og skjelettlidelser omfatter fysisk aktivitet (f.eks. gågrupper) og kostholdsråd. Tiltak mot bruddskader dreier seg i hovedsak om strøkampanjer om vinteren, fallforebyggende kurs (f.eks. balanse- og

gangetrening) for eldre i institusjoner og hjem, samt bruk av «hoftebukse» (truser med innlagt polstring på hoftene).

Informantene oppgir i de fleste av de 76 kommunene at de driver forebyggende arbeid for å redusere psykiske lidelser. Av tiltak som nevnes retter de fleste seg mot barn og ungdom og fokuserer på viktigheten av tidlig innsats i samarbeid med barnehage eller skole, slik som tiltak mot mobbing og mis-trivsel, samt tiltak for å styrke de unges sosiale og skolefaglige mestring. Mer generelle tiltak for psykisk helse blant den voksne befolkningen involverer lavterskeltilbud, steder der man kan gå for å sosialisere med andre, gjerne i sammenheng med dagsenter rettet mot psykiske lidelser som blant annet tilbyr vurdering av hjelpebehov, veiledning og råd, sosial trening og hjelp til å tilrettelegge hverdagen. Kurs i depresjonsmestring (KID-kurs) er også tiltak som flere av kommunene tilbyr.

Gjennom spørreskjemaet til lederne i 76 kommuner undersøkte vi også hvilke lidelser eller tilstander de mente hadde størst potensiale for forebygging i deres kommuner. Informantene ble spurt om å rangere lidelser etter størst innvirkning (1), nest størst innvirkning (2) og tredje størst innvirkning (3). Figur 5.2 viser andel informanter som har svart at den angitte lidelsen har størst forebyggingspotensiale.



Figur 5.2. Andel kommuner (%) som mener at deres forebyggende arbeid har størst innvirkning på å redusere antallet av følgende lidelser/sykdommer (N=63). Kilde: Kommuneundersøkelsen 2014.

Diabetes er den lidelsen de fleste av de 63 kommunene som har svart på spørsmålet mener at kommunal forebygging har størst innvirkning på (23 prosent). Cirka hver femte informant (21 prosent) omtaler forebygging av bruddskader, fedme (19 prosent) og psykiske lidelser (18 prosent) som det mest effektive tiltaket. KOLS og astma (4 prosent), samt kreft (2 prosent), er de lidelsene som få informanter mener at det kommunale forebyggende arbeidet har størst innvirkning på.

Frisklivssentraler kan være en god måte å organisere og ivareta flere av kommunens lovpålagte plikter om å etablere forebyggende helse- og omsorgstjenester, og særlig i forhold til de mest utbredte kroniske lidelsene som har stått sentralt i dette avsnittet. Gjennom spørreundersøkelsen ble lederne spurt om i hvilken grad de mener at frisklivssentraler er et egnet virkemiddel for forebyggende helsearbeid. Svaralternativene var femdelte og varierte fra «i liten grad» til «i meget stor grad». I underkant av en tredjedel av de 76 kommunene (31 prosent) som svarte på spørsmålet hadde ikke frisklivssentral ved intervju-tidspunktet (n=22). Av de kommunene som hadde frisklivssentral (n=49) mente 71 prosent av kommunene at den var i stor eller meget stor grad egnet i forebyggende øyemed. Svært få kommuner mente at sentralene i liten grad er effektive (6 prosent).

Større kommuner har noe høyere sannsynlighet for å ha frisklivssentral enn små kommuner. Godt over halvparten (56 prosent) av de minste kommunene (< 7 000 innbyggere) hadde ikke frisklivssentral, mens det samme gjaldt 30 prosent av de mellomstore kommunene (7 000–20 000 innbyggere) og bare 8 prosent av de største kommunene (> 20 000 innbyggere) ($p^{\chi^2} < 0.001$). Forekomsten av frisklivssentral varierer også med andel eldre over 80 år i kommunene. På grunn av den sterke sammenhengen med kommunestørrelse finner vi lignende statistisk signifikante bivariate sammenhenger mellom det å ha frisklivssentral og relativt lav andel eldre over 80 år i 2012 ($p^{\chi^2}=0.017$), i 2035 ($p^{\chi^2}=0.035$) og lavere frie disponible inntekter per innbygger ($p^{\chi^2}=0.001$).

Informantene fikk også mulighet til å utdype sine erfaringer med frisklivssentral. Gjennomgangen av svarene antydte at det var tre forutsetninger som opplevdes som viktige for frisklivssentralenes suksessrate: tilgjengelighet i lokalmiljøet, henvisning fra legen og finansiering.

Informanter fra flere av kommunene mener at frisklivssentralen har god effekt for de som deltar, men at sentralen kun når en liten andel av befolkningen. Frisklivssentralene sies å i hovedsak passe for grupper som har eller er i ferd med å utvikle livsstilssykdommer slik som overvekt, diabetes, hjerte- og karsykdom, lungesykdom og skjelettlidelser. Frisklivssentralene opererer dermed i krysningspunktet mellom helsefremmende og forebyggende arbeid på den ene siden og rehabilitering på den andre siden (dvs. hjelp til mestring ved begynnende helse- og funksjonssvikt). En av informantene beskriver frisklivssentralens funksjon på denne måten:

Frisklivssentralen er egnet i forhold til lungesykdom, hjerte-kar-sykdom, atferdsrelaterte sykdommer, det å kunne bidra til økt fysisk aktivitet, kosthold/ernæring, røyk/alkohol, og generelt sett det som også går litt inn på et annet område: det å klare seg med sykdom – det å ha kompetanse med å klare seg med sykdom. Det som går mer på ernæring og mestring. Noen ganger er det ikke klare definerte skillelinjer. Det er med på å forebygge det også, selv om noen har fått en diagnose.

Informanter i noen av kommunene som har mindre vellykkede erfaringer med frisklivssentraler, mener at sentralen fungerer dårlig fordi de ikke når personene som har størst behov for de tilbudene sentralen kan gi. En av informantene sier følgende:

For å være ærlig, er jeg usikker på hvor stor effekt en frisklivssentral har. Vi treffer ikke de rette personene og jeg tror ikke vi kan gjøre så mye fra kommunenes side.

Informanter fra kommuner som sies å ha positive erfaringer med frisklivssentralen påpeker at en av årsakene til suksessen er at legene har vært flinke til å henvise pasienter til sentralen og at samarbeidet med legene og helsesøster er svært viktig for en velfungerende frisklivssentral. Legens viktige rolle når det gjelder frisklivssentralen understøttes også av kommuner med mer negative erfaringer av sentralens effekt, der det påpekes at legene må komme mer på banen med å henvise aktuelle personer til sentralen og at forankringen av frisklivssentralen i ordinære helse- og omsorgstjenester er for svak.

Videre fremheves manglende ressurser som en begrensende faktor for frisklivssentralens drift. Kommunene får nemlig kun statlige midler til å opprette frisklivssentralen, noe som gjør det utfordrende å finansiere videre drift når tilskuddsmidlene tar slutt. En av informantene beskriver denne situasjonen slik:

Det er vanskelig å prioritere en frisklivssentral når det ikke er lovpålagt og ikke følger med øremerkede midler. Jeg er derfor usikker på om Frisklivssentralen vil fortsette etter at tilskuddsmidlene er brukt opp. Jeg tror ikke kommunen vil finansiere den med egne midler. Vi har begrenset med midler og må prioritere hardt. Når det står mellom en lovpålagt oppgave, som en sykehjemsplass, og midler til frisklivssentral, er valget enkelt. Vi må da velge å opprettholde sykehjemsplasser. Det er synd, men slik er realitetene. Det burde ha vært mer tilskuddsmidler, slik som med kompetanseløftet hvor vi kunne søke midler fra Fylkesmannen. Det var en ordning som fungerte bra. Når det ikke følger midler med, blir dessverre resultatet at vi må prioritere det som er lovpålagt.

5.2 Folkehelsetiltak og folkehelseperspektiver i case-kommunene

Særlig i forbindelse med Folkehelseloven har det vært et helsepolitisk skifte som promoterer en dreining i folkehelsearbeidet fra å være sykdomsforebyggende til å satse mer på helsefremming med vektning av sosiale påvirkningsfaktorer. Hvordan har dette påvirket utformingen av folkehelsetiltakene i kommunen? For å få bedre innsikt i dette spørsmålet bruker vi data fra case-studien i tre kommuner (se 2.3 for utvalgsprosedyre). Intervjuet med informantene omhandlet følgende overordnede tema:

- Kan du si noe om hvordan innføringen av Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven) har påvirket folkehelsetiltakene i kommunen? Opplever du at reformen har ført til flere tiltak og tilbud for kommunens befolkning?
- Opplever du at kommunens folkehelsearbeid har blitt mer helsefremmende etter at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven trådte i kraft? Aktiv aldring er en av indikatorene som er utviklet i tråd med det helsefremmede perspektivet på folkehelse (Folkehelsemeldingen «God helse – felles ansvar» (St. meld. nr. 34, 2012–13)). Informantene ble derfor også spurt om deres

inntrykk av hva som ligger i begrepet aktiv aldring, hvorvidt dette er ivarettatt i kommunens folkehelsearbeid, og om det har vært et økt fokus på aktiv aldring i folkehelsearbeidet i kommunen med ikrafttreddelsen av Samhandlingsreformen og Folkehelseloven.

- Er det noen folkehelse tiltak som ikke er godt nok dekket i kommunen per i dag?

De kommunale folkehelse tiltakene i lys av Samhandlingsreformen

Kommune 1: en liten kommune

Fylkeslegen mener at den systematiske tilnærmingen til folkehelsearbeidet som kom med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven, har ført til at kommune 1 har fått en bredere forståelse av hva som kan regnes som folkehelse tiltak:

... den systematiske tilnærmingen har blitt helt annerledes, sånn at nå kan man se at veldig mange tiltak som er gjort før, egentlig er folkehelse tiltak, men som man ikke tidligere skjønnte var folkehelse tiltak. Men nå har man en systematisk tilnærming og har prøvd å klarlegge hva som er utfordringen i kommunen og å igangsette tiltak som skal bøte på de utfordringene de har. Og det arbeidet opplever jeg som et direkte resultat av lovgivningen...

Fylkeslegen nevner også at tiltak rettet mot mobbing og bedre skoletrivsel er viktige tiltak på sikt i kommune 1, samtidig med at det bør rettes fokus mot foreldregenerasjonens ganske slepphendte holdning til ungdomsdrikking i kommunen. Fylkeslegen sier videre at tiltak rettet mot barn og ungdom er den beste investeringen i kommunens framtid. Informanten opplever at kommunen har en fin bredde i sin tilnærming til folkehelsearbeidet og kan ikke peke på tiltak som ikke er godt nok dekket i kommunen nå.

Informantene på kommunenivå (kommunefysioterapeut og sektorsjef for helse og sosial) ble spurt mer inngående om folkehelse tiltakene i kommunen og hvilke tiltak de så på som spesielt viktige. Informantene i kommune 1 ser begge på tiltak for psykisk helse, kosthold og aktivitet blant barn og unge som svært viktig. Blant annet jobbes det en del med mobbeproblematikk blant denne gruppa. Informantene er dessuten samstemte om at kommunenes aktivitetstilbud for de eldre generelt og i eldreomsorgen, både fysisk og sosialt,

er spesielt viktig for folkehelsen, slik som seniortrim og transporttilbud for eldre hjemmeboende som ikke kommer seg ut på aktiviteter på egen hånd.

Når det gjelder hvordan reformen har påvirket kommunens tiltak har de to informantene i kommunen en noe ulik oppfatning. Informant 1 beskriver at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har ført til at kommunens folkehelsetiltak i større grad har blitt satt i sammenheng:

Vi har jo for så vidt hatt mye tiltak tidligere også, men jeg tror nok økt fokus og at vi har fått løftet det et hakk fra at det var noen som rundt omkring hadde noen tiltak hver for seg, til at vi nå har fått løftet folkehelse opp i planarbeidet, og dermed får større ringvirkninger enn at det bare er enkelte drypp her og der, en slags rød tråd i det alt og alle gjør.

Informanten opplever også at reformen totalt sett har ført til flere tiltak i den forstand at alle politiske saker nå skal ha en folkehelsevurdering og at tiltakene har fått en dreining fra reparasjon og sykdomsforebygging til helsefremming. Informant 2 i den samme kommunen, opplever derimot ikke at det har blitt flere tiltak, men synes at reformen har ført til en bevisstgjøring og tydeliggjøring av hva som er folkehelsetiltak – tiltak med betydning for befolkningens helse – enn tidligere, slik at det kan oppleves som at folkehelsetiltakene har blitt flere.

Informant 1 opplever at det er vanskelig å trekke fram enkeltgrupper eller områder innen folkehelsearbeidet som ikke er godt nok dekket, da de har med hele aldersspennet i befolkningen i kommunens tiltaksplan for folkehelse, men at det helt sikkert finnes områder som har mer potensiale for tiltak. Samtidig påpeker informanten at siden folkehelsearbeidet i større grad er basert på helsedata etter reformen, så dekker kommunen de områdene for folkehelse som er viktigst. Informant 2 opplever at folkehelsearbeidet blant innvandrere/flyktninger ikke er godt nok ivaretatt i kommunen, da kommunen begynte å motta flyktninger for noen måneder siden, men at dette er et prioritert område i kommunens tiltaksplan. Samtidig så mener informanten at kommunen må jobbe mer med tiltakene for psykisk helse og å sette satsingen på foreldreveiledning mer i system.

Kommune 2: en mellomstor kommune

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen fremhever det å få bukt med sosial ulikhet i helse som spesielt viktig i fylkets kommuner. Fylkesinformanten omtaler også det delvis uutnyttede potensialet i private og frivillige aktører når det gjelder folkehelsearbeidet i fylkets kommuner som et viktig område der tiltak kunne ha vært bedre dekket, men at dette er utfordrende fordi disse aktørene ikke kan ta ansvaret for tiltakene:

...også mer tanker om å få inn private og frivillige aktører, men disse aktørene kan jo ikke, selv om de er kjempeviktige ressurser, ta noe ansvar, de har heller ikke noe ansvar etter loven på å drive med folkehelsearbeid. Så det er jo sånne ting som gir generelle utfordringer i folkehelsearbeidet, og det moderne folkehelsearbeidet som er hvordan vi får bukt med den sosiale ulikheten i helse.

Informantene i kommune 2 (rådmann og kommuneoverlege) omtaler tidlig innsats med helsefremmende barnehager og skoler som et viktig folkehelse-tiltak, men informant 2 mener at det viktigste arbeidet i kommunen akkurat nå er å redusere den sosiale ulikheten blant innvandrerbefolkningen sammenlignet med den øvrige befolkningen. Kommunen jobber blant annet med å i større grad integrere innvandrerbarna i kommunens fritidstilbud og senke arbeidsledigheten i denne gruppen. Informant 1 i kommunen omtaler også at kommunen har jobbet mye med å sikre områder for rekreasjon, aktivitet og friluftsliv.

Informant 2 opplever at reformen har påvirket tiltakene i kommunen på den måten at kommunen jobber bedre sammen og på tvers, at samhandlinga om folkehelse-tiltak internt i kommunen har blitt bedre, noe som også har resultert i at kommunen har fått satt i gang flere tiltak og tilbud. Informant 1 har imidlertid vanskelig for å se hva reformen har tilført kommunens folkehelse-tiltak og tilbud, men at Folkehelseloven har gjort det noe lettere å engasjere politikerne i folkehelsearbeidet og implementere tiltak.

Informantene er samstemte om at det alltid er områder innen folkehelsearbeidet som kommunen kan bli bedre på, men informant 1 kan ikke peke på bestemte områder som ikke er dekket per i dag. Når denne informant senere i intervjuet blir bedt om å omtale tiltakene for den eldre befolkningen, så sier han imidlertid at folkehelse-tiltak for de eldste med

helsebegrensninger i kommunen og på institusjon er for dårlige og for få. Når vi snakket om spesielt viktige tiltak i kommunen, nevnte informant 2 at folkehelseiltak for innvandrerbefolkningen var viktig, og at dette er et område som ikke er godt nok dekket, men som kommunen jobber med. Utover dette, så mener informanten at tilrettelegging av turområder og arbeid for helsefremmende skoler og barnehager, er mål for folkehelsearbeidet som kommunen må jobbe videre med:

Ja, vi har jo alltid noe å bli bedre på, vi jobber f.eks. mye mer for å få tilrettelagt en del turstier og slikt for universell utforming, slik at disse skal være tilgjengelig for alle. Samt dette med helsefremmende skoler og barnehager [står i partnerskapsavtalen], der har vi også en vei å gå for å oppnå de målene som ligger der. Så vi har en del områder som vi jobber med, men det er ingen områder som er helt skrekkelige, men det kan alltid bli bedre.

Kommune 3: en stor kommune

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen mener at tiltak for unge er spesielt viktige i fylkets kommuner og fremhever særlig dette med å øke gjennomføringsgraden i den videregående skole, samt arbeidet med å redusere sosial ulikhet i helse. Samtidig mener informanten at «helse i alt»-tenkningen i kommunen i seg selv er svært viktig for å få et systematisk og langsiktig kommunalt folkehelsearbeid:

Dersom vi skal se på det som nå pågår i kommunesektoren, så pågår det jo et arbeid for å gi folkehelse, det er ikke et prosjekt, men mer en arbeidsmåte – over mange år så har det vært drevet et arbeid for å få folkehelsearbeidet inn i mer systematiske former. Inn som en del av kommunal kvalitetsstyring, for eksempel, og det er jo viktig fordi det gir arbeidet en bærekraft og legitimitet som ikke, forhåpentligvis ikke, er så avhengig av enkeltpersoner som det [folkehelsearbeidet] tidligere har vært. Slik at folkehelsearbeidet da overlever selv om viktige personer pensjonerer seg eller bytter jobb. Viktige kommunale prosjekter, det blir litt, hva skal vi si, jeg kunne nå ha begynt å nevne opp prosjekt x, y, z som alle er gode, men prosjekter har jo ofte den karakteren at de ikke alltid overlever, at de avgår med døden når prosjektmidlene forsvinner. Og det vi har jobbet veldig mye med er da å komme bort fra denne tilfeldigheten og få arbeidet inn i

systematiske former, så det er jo alt arbeid som er relatert til «helse i alt» i kommuneorganisasjonen, det er det som på en måte er det aller viktigste som kan gi arbeidet en potensiell kraft over tid.

Folkehelserådgiveren har imidlertid en oppfatning av at kommune 3 er en av de kommunene i fylket som virkelig har kommet langt med «helse i alt» i organisasjonen. Informanten mener at Samhandlingsreformen har påvirket tiltakene i den forstand at den har vridd ressursbruken noe mer i retning av helseovervåkning når han vurderer fylket som helhet, noe som han frykter går ut over finansieringen av konkrete tiltak.

Informant 1 sier at tiltak for å snu den negative trenden med sosial ulikhet i helse, er et viktig innsatsområde for folkehelse i kommunen og vektlegger at det ikke her er nok med enkelttiltak, men at det særlig arbeides med en «pakke» av tiltak for barnefamilier i samarbeid med helsestasjon, barnehage og skole (f.eks. hjemmebesøk tidlig i livet og å jobbe med foreldremestring). Han mener at en slik grytidlig innsats også vil kunne påvirke folkehelsen blant den økende andelen eldre i befolkningen.

I og med at kommune 3 ikke ennå har vedtatt den nye kommunedelplanen for folkehelse, baserer informant 2 i hovedsak sin oppfatning av reformens effekt på de folkehelsestrategiene som er lagt i planen. Helserelatert atferd og innsats i tidlige leveår for å motarbeide sosial ulikhet i helse, er blant annet to utfordringsområder som nevnes i planen. Informanten ser heller ikke bort ifra at en del frivillige folkehelseinitiativer som har dukket opp i kommunen de siste par årene har sprunget ut av det økte fokuset på folkehelsearbeid og formidlingsarbeidet som både informant 1 og informant 2 har drevet med etter reformen.

I kommune 3 så mener informant 1 at kommunens viktigste satsningsområde, grytidlig innsats for å snu den negative trenden med sosial ulikhet i helse, også er det området innen folkehelse som ikke er godt nok dekket og der det er størst behov for tiltak per i dag. Samtidig hevder informanten at et område aldri vil være godt nok dekket, da man alltid kan gjøre mer. Informant 2, på den andre siden, fremhever at de i kommunens folkehelseplan bevisst prøvde å dekke alle områder, da det er ment at planen skal være et kunnskapsdokument som går over et 4–12 års perspektiv. De har delt planen inn i fire utfordringsområder og har flere delstrategier under hvert område,

samtidig som de ikke har ønsket å prioritere noen av de fire områdene fremfor andre i planen. Derfor opplever informanten ikke på nåværende tidspunkt at det er noen områder eller grupper i folkehelsearbeidet som er utelatt fra planleggingen. Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen opplever at den økende innvandringen og dets potensielle folkehelsekonsekvenser er et av de største områdene hvor kommunene i fylket ikke er gode nok. Dette er et område som kommunene må jobbe mye med i årene som kommer.

Dreining mot helsefremmede tiltak?

Kommune 1: en liten kommune

Fylkeslegen har et inntrykk av at kommunene i fylket har blitt mer helsefremmende med Samhandlingsreformen:

... forståelsen av folkehelse som noe mer enn sykdomsforebyggende, den tror jeg at nesten alle kommunene i fylket har hatt en klar vekker av med reformen. Fra å anse folkehelsearbeid som noe som handlet om FYSAK-koordinator og ting som man drev på med i helsevesenet, så har man i dag skjönt at en kommunal folkehelsestrategigruppe må bestå av alle sektorer og en forståelse av at tiltak på alle sektorer er av betydning for folkehelsen. Da er det naturlig å tenke seg at også tiltakene nå har et mye bredere utgangspunkt enn de hadde før...

Fylkeslegen opplever at det i forkant av Samhandlingsreformen var mye oppmerksomhet rundt at reformen skulle føre til noe nytt. Informanten mener at det med reformen har blitt en forskyvning av fokuset i folkehelsearbeidet mot helsefremming og forebygging og at dette har virket veldig inn på kommunene i fylket.

Begge informantene i kommune 1 opplever at folkehelsearbeidet har blitt mer helsefremmende i etterkant av at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven inntraff. Tiltakene i kommunen dreier seg nå i større grad om påvirkningsfaktorer for sosial ulikhet i helse og helsefremmende levevaner. Informant 2 tror noe av grunnen til en dreining mot helsefremming igjen er at folkehelsearbeidet har blitt mer målrettet og systematisk med reformen. Hun beskriver det slik:

Ja, i den forstand at folkehelsearbeidet har blitt mer systematisk, så har det jo det. Vi har f.eks. fått dette inn i malen for saksbehandling,

at vi skal ha folkehelseperspektivet i de politiske tiltakene våre. Dette er jo en metode for å hele tiden tenke folkehelse, stille spørsmål ved om dette er et helsefremmede tiltak, vil de ha betydningen for befolkningens helse? Så det jeg vil svare på dette spørsmålet er at vi med reformen er mye mer systematiske, vi retter oss mer systematisk inn imot det helsefremmende arbeidet.

Informantene understreker at folkehelsearbeid ikke er noe nytt i den minste kommunen, da kommunen har hatt en rekke tiltak for folkehelsen også før Samhandlingsreformen kom. Vi var imidlertid interesserte i å høre om informantene opplevde at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har gitt folkehelsebegrepet et nytt innhold. Begge kommuneinformantene opplevde at det har vært en endring i begrepets meningsinnhold med reformen og at folkehelse er blitt mer synliggjort i kommunen.

Informantene i kommune 1 hadde beslektede tolkninger av hva som ligger i begrepet «aktiv aldring», og vektla særlig dette med å opprettholde fysisk, sosial og kulturell mestring ettersom man blir eldre som en forutsetning for aktiv aldring. Det handler om å ikke bli tvunget til passivitet selv om helsen gradvis svekkes med alderen. Informant 2 skildrer forståelsen av aktiv aldring slik:

For meg så handler det om at selv om du blir pensjonist og kanskje får helsebegrensninger med alderen, så skal du fortsatt ha mulighet til å leve livet ditt, å få lov til å være person i eget liv, uansett om du mister eller får redusert noen funksjoner. Avhengig av hjelp, så skal du også ha dette med mestring i hverdagen som et fokus, og da er det ikke bare den fysiske mestringa, men også den sosiale og kulturelle mestringa som er viktig.

Informantene fra kommune 1 mener at kommunen ivaretar folkehelse blant eldre på en god måte. Informant 1 knytter dette gode tilbudet til eldre opp mot at kommunen er et utviklingssenter for hjemmetjenester og således har greid å legge mye av arbeidet inn under dette senteret, noe som har hatt en positiv, understøttende effekt på folkehelseiltakene for eldre i kommunen. Som et mål på suksessen fremhever informanten det høye deltakertallet på seniortrimmen som et vellykket tilbud for de eldre i kommunen, samtidig med at kommunen i de senere årene opplever at folk flytter til kommunen for å bli gamle:

Så vi opplever vel det at det kommer folk flyttende til kommunen for å bli gammel. Det er litt det vi får høre og det vi også opplever – at folk kommer til kommunen for å bli gammel. Enten har de kanskje en fritidsbolig her ute som de kommer flyttende til eller at de forbereder seg på alderdommen i kommunen fordi de vet at de har et godt tilbud her. Så jeg synes at det bildet som blir presentert utad stemmer veldig godt, for jeg opplever at de eldre er veldig godt fornøyd i kommunen.

Informant 2 i den samme kommunen fremhever at særlig tiltakene for fysisk aktivitet for eldre har vært noe som har pågått over lengre tid i kommunen (også før reformen), og at dette er et prosjektsamarbeid mellom kommunen og frivillige lag og organisasjoner. Når det gjelder økt fokus på aktiv aldring med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven, så mener informantene likevel at kommunen etter reformen har blitt mer delaktig i de initiativene som frivillig sektor har tatt for å opprette folkehelsetiltak for den eldre befolkningen. Andre ordninger som har oppstått i kommunen etter at reformen inntraff er f.eks. ordningen «Ut for en 50-lapp», initiert av Eldrerådet i regi av kommunens frivilligsentral og lokale taxiselskap, som går ut på å gi skysstilbud til seniorer som ønsker å delta på kulturarrangementer i kommunen. Informant 2 sier at dette er et særlig viktig tiltak i små kommuner, der tilbudet om offentlig kommunikasjonen ofte er lite. For de sykeste eldre, både i hjem og institusjon/omsorgsbolig, legger også kommunen Eden-filosofien til grunn i sine tjenester, som er et verdigrunnlag som skal motvirke ensomhet, kjedsomhet og hjelpeløshet.

Kommune 2: en mellomstor kommune

Begge kommuneinformanter og folkehelserådgiveren i fylkeskommunen opplever at folkehelsearbeidet har beveget seg fra å være mer ensformig sykdomsforebyggende til å i større grad vektlegge påvirkningsfaktorer for sosial ulikhet i helse etter reformen. Informant 1 er imidlertid ikke sikker på om reformen sto for et markert skille i denne perspektiv-dreiningen på folkehelse i kommunen. Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen ser heller ikke et skarpt skille med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven, men opplever at særlig

Folkehelseloven har understøttet det arbeidet som kommunene har jobbet med tidligere:

Jeg kan ikke se et veldig skarpt skille akkurat med Folkehelseloven, men den har iallfall understøtta enda mer det arbeidet som vi har jobbet med tidligere. For det er det som liksom har vært essensen i satsingen herfra, nemlig å se mer på det helsefremmende perspektivet og ta hensyn til disse helseaspektene i samfunnsutvikling, samfunnsplanlegging, arealplanlegging og alt slik. Mer se på de positive påvirkningsfaktorene for helse enn bare forebygging av sykdom. Så dette perspektivet er noe som er veldig bevisst her [i fylkeskommunen] og også i kommunene etter hvert da, om alt som kan ha positiv betydning for helsen.

Informant 2 i kommune 2 erfarer til dels at folkehelse har fått et nytt innhold med reformen. Hun opplever blant annet at Folkehelseloven har bidratt til å gi folkehelse et større omfang og løfte folkehelsearbeidet fra å kun være begrenset til helsesektoren til å bli hele kommunens ansvar:

Ja, kanskje særlig med Folkehelseloven. Det var veldig bra at folkehelse ble løftet ut av helselovgivningen som et eget avsnitt der og at det fikk en egen lov, og at det på en måte er kommunen og ikke kommunens helsetjeneste som har ansvar for folkehelsen, noe som er veldig positivt.

Informant 1 erfarer ikke at folkehelsebegrepet har fått et nytt innhold, men at det har blitt et større fokus på og mer bevissthet rundt folkehelse i kommunen de siste årene. Informanten er imidlertid usikker på om det er på grunn av lovendringene med Folkehelseloven eller andre trender i samfunnet. Den fylkeskommunale folkehelserådgiveren vil heller ikke si at folkehelsebegrepet inneholder noe annet enn før, men at det med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven har vært bevissthet rundt å øke innsatsen innen forebyggende og helsefremmende arbeid for å lette trykket på helse- og spesialisthelsetjenestene. Den samme informanten mener imidlertid at det er organisering av helsetjenesten som har tatt fokuset og ressursene med Samhandlingsreformen og at tjenesteavtale 10, om forebygging for å redusere behovet for helse- og omsorgstjenester, i liten grad blir fulgt opp av partene i fylket (helseforetaket og kommunene).

Folkehelserådgiveren opplever også at det gjennom arbeidet med partnerskapsavtaler for folkehelse med fylkets kommuner har skjedd mye med forståelsen av folkehelse blant rådmenn og på politisk nivå de siste årene:

Og det som jeg opplevde da, var at i løpet av disse årene som vi har holdt på [partnerskapsavtaler siden 2008], så har det skjedd mye med forståelsen i kommunen, altså også på rådmanns og politisk nivå, altså hva det her handler om – om moderne folkehelsearbeid og helsefremmende arbeid. Betydningen av lokal samfunnsutvikling og politisk arbeid for utviklinga av helsetilstanden i befolkningen, altså hva som kan påvirke, og slikt. Så det er mye mer forståelse og kunnskap, og vi har mye flinke folk blant disse folkehelsekoordinatorene i fylkets kommuner. Samtidig er det enda stor forskjell på kommunene når det gjelder hvor de har kommet i forståelse og praktisk arbeid.

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen opplever en økende bevissthet rundt aktiv aldring i fylkets kommuner og fremhever at det er viktig for enkeltindivider spesielt, men også for samfunnet og samfunnsøkonomisk sett at befolkningen holder seg frisk lengst mulig og kan være aktive samfunnsdeltakere. Han mener også at grunnlaget for en aktiv aldring legges med helsefremmende tiltak tidlig i livet. Forståelsen av begrepet «aktiv aldring» dreier seg om mye av det samme for de to informantene i kommune 2, slik som å legge til rette for aktivitet ettersom man blir eldre. Informant 2 beskriver aktiv aldring på følgende vis:

Det er jo at man ikke skal bli pasifisert i eget liv og egne begrensninger etter hvert som livet skrider frem, tenker jeg. At man skal ha mulighet til å delta på alle samfunnsnivå og innenfor eget interessefelt uansett begrensning.

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen fremhever også dette med å holde folk friske så lenge som mulig og at de kan være aktive og få delta i samfunnslivet lengst mulig, samtidig som at de også kan være ressurser for samfunnet.

Informantene i kommune 2 understreker begge at det ligger mye kompetanse i kommunen når det gjelder folkehelsearbeid for eldre, men at tiltakene for denne gruppen er begrenset. Kommunen opplever at de generelt har et godt tilbud for den hjemmeboende befolkningen som er i tidlig alderdom,

mye gjennom frisklivssentralen, men at det finnes få tiltak for eldre med betydelige helsemessige begrensninger og i institusjon. Kommunen planlegger imidlertid bedre tilbud for aktiv aldring fremover, og har som hensikt å bygge nye tilbud og tilrettelegge. Samtidig er kommunen utviklingssenter for sykehjem i fylket og ønsker å fortsette å bruke senteret i utviklingen av tiltak for de eldre. Informant 2 sier dette:

Vi prøver det, men der har vi en del begrensninger. Vi har veldig lite institusjonsplasser og lite institusjonsplasser som er tilrettelagt for aktivitet, samt manglende dagtilbud, en del ting som begrenser oss og som vi jobber mye med. Vi planlegger for å få et bedre tilbud for aktiv aldring fremover, bygge nye tilbud og tilrettelegge. Men vi har mye kompetanse i kommunen og det er mange som jobber for å gjøre det beste ut av det vi har. Vi har også et utviklingssenter for sykehjem i fylket, her i kommunen, som jobber mye med både etikk og kultur som det drypper godt på, så vi har en del arbeid rundt det.

Kommune 3: en stor kommune

Folkehelse rådsgiveren i fylkeskommunen til den store case-kommunen mener at Samhandlingsreformen med Folkehelse loven generelt har ført til at forankringen av folkehelse arbeidet i helsesektoren har blitt ytterligere forsterket i fylkets kommuner, og at det er helsesektoren selv som mangler en forståelse av folkehelse arbeidet som noe som kan foregå utenfor helsesektoren. Informanten opplever f.eks. at helsetjenestene i mange tilfeller ikke oppfatter tverrsektorielt folkehelse arbeid som samarbeid med kultur, plan, næringsutviklere og andre sektorer, men som samarbeid mellom fysioterapeuten, sykepleieren og legen. Når da samtidig mye av fokuset og ressursene i Samhandlingsreformen går til pasientflyt og lignende problemstillinger, så ser han blant annet at mange av de kommunale folkehelsekoordinatorne blir satt til å jobbe med utredninger relatert til Samhandlingsreformen, fordi rådmannen gjerne ikke har noen andre å spille på, og at folkehelse arbeidet kommer i andre rekke. Dette kan bidra til at folkehelse arbeidet forankres i helsesektoren og dermed nedprioriteres:

Det som er dilemmaet med å forankre folkehelse arbeidet i helsetjenestene og ikke minst de økonomiske virkemidlene, er at det er en sektor som er preget av brannsløkking, og der vil det komme kriser,

det vil komme kriser hele tiden – det vil alltid være noen gamle som ikke har sykehjemsplass eller det er en svikt i behandlingskjeden på et eller annet vis, og da vil det gå utover områder hvor det ikke er pressgrupper og interessegrupper på samme måte, slik som for eksempel folkehelsearbeidet hvor det ikke brenner noen branner på kort sikt, men hvor brannene brenner på lengre sikt.

Informant 1 i kommune 3 erfarer imidlertid at folkehelsearbeidet har blitt mindre konkret sykdomsforebyggende med Samhandlingsreformen, og at arbeidet i større grad har dreid seg om helsefremmende levevaner. Informanten nevner tiltak slik som frisklivssentralen som ble opprettet i 2014 som et eksempel på dette, noe som også har ført til flere tiltak og tilbud for befolkningen. Informant 2 opplever også i hovedsak at kommunedelplanen for folkehelse satser på helsefremming og sosiale påvirkningsfaktorer:

Ja, det vil jeg absolutt si. For det går jo i stor grad på dette med tidlige leveår og sosial ulikhet i veldig stor grad, så da er vi jo mer der [på helsefremming]. Vi har jo slik sett ganske lite på helse- og velferds-sida, men vi nevner jo dette med tilrettelegging og støtte i eldre år, men utover det så er det jo stort sett bare helsefremming [i planen].

Informant 2 i denne store kommunen opplever at folkehelsebegrepet mottas med større forståelse og velvilje i kommunen med reformen. Informanten mener at særlig Folkehelseloven har hjulpet til med å få kjørt en prosess i kommunen, både innen kommuneorganisasjonen, blant politikerne og befolkningen og gjennom media, som har gjort at folkehelse har blitt et positivt ladet begrep med god klang. Slik vet veldig mange i kommunen hva folkehelse dreier seg om nå. Informant 1, derimot, ser ikke en endring i innholdet til begrepet folkehelse med reformen, men mener likevel at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven har bidratt til at totalkommunen har fått eierskap til folkehelsearbeidet:

Jeg vil ikke si at folkehelse-begrepet har fått et nytt innhold med reformen. Jeg mener at det viktigste bidraget fra Samhandlingsreformen med Folkehelseloven er at kommunen har fått et større ansvar for folkehelsearbeidet. Alle kommunens sektorer og ledd forplikter seg til folkehelsearbeidet i større grad nå, og rådmannen i spissen for kommunen, har erkjent ansvaret og viktigheten av

folkehelsearbeidet i kommunen. Dette gjelder også på politisk nivå, og i 2010/2011 fikk vi en kommuneorganisasjon som i mye større grad var opptatt av folkehelsearbeidet og tok ansvaret som ble oppfordret til i Folkehelseloven på alvor.

Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen har også et generelt inntrykk av at folkehelsebegrepet har fått en større spennvidde og mer oppmerksomhet i fylkets kommuner med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven:

Ja, jeg opplever jo at det loven [Folkehelseloven] har avstedkommet, er jo at flere er opptatt av og prøver å få til «helse i alt». Og det er jo et uttrykk for at man har kommet lenger i refleksjonene enn der man sto for noen år siden.

Aktiv aldring omtales av begge kommuneinformantene som å optimalisere mulighetene for god helse og deltagelse i samfunnet når man blir eldre og helsen begrenses, og at eldre, uansett hvor de bor skal ha mulighet til å fortsette å være fysisk, psykisk og sosialt aktive, noe som krever tilrettelegging fra kommunens side. Folkehelserådgiveren i fylkeskommunen tenker at aktiv aldring handler om å styrke ressursene som de eldre har og å få de til å bruke sine ressurser i et samfunnsutviklingsperspektiv, samt å ivareta aktivitet blant de eldre for å forebygge og utsette helseproblemer.

Informantene i kommune 3 opplever imidlertid ikke at aktiv aldring er spesielt ivaretatt i kommunens folkehelsearbeid per i dag, men kommunen er klar over den økende andelen eldre i kommunen og har dermed noen tiltak for å holde de eldre ved god helse og funksjonsevne. De har for eksempel fysiske aktivitetstilbud for de eldre gjennom frisklivssentralen slik som tai chi og stavganggrupper, samt strøtiltak for å forbedre fremkommeligheten og hindre fallskader blant eldre om vinteren. I tillegg har de et nytt prosjekt der frivillig ungdom tar med eldre, som ellers har vansker med å komme seg ut på egen hånd, ut på tur i gamle trakter ved hjelp av sykkeldrosjer. Dette prosjektet bidrar også til å knytte bånd mellom generasjonene. Informant 1 mener likevel at det viktigste arbeidet, også mot eldrebefolkningen, vil være å legge et godt grunnlag helt tidlig i barndommen, og de jobber derfor spesielt med folkehelseiltak opp mot barnefamilier. Informant 2 mener at kommunen ivaretar aktiv aldring på et strategisk nivå med den nye folkehelseplanen, som har et

eget satsningsområde for eldre, men fremhever at hovedutfordringen i det videre arbeidet blir å få gjort planverket om til praksis:

Vi har jo fire hovedutfordringsområder [folkehelseplanen], der det tredje er helserelatert atferd og det fjerde er «flere eldre». Og i den sistnevnte så tar vi jo opp tilrettelegging for fysisk aktivitet og kulturelle og sosiale aktiviteter og forhindre skader, risiko og ulykker, samt å ha fokus på egenmestring og forebygging i utformingen av tjenester og tiltak rettet mot eldre. Så på strategisk nivå, så er det [aktiv aldring] absolutt ivaretatt, og så er det da utfordringen videre å klare å støtte seksjonen i å videreutvikle eller å operasjonalisere det i tiltak og utforming.

Den fylkeskommunale folkehelserådgiveren har et generelt inntrykk av at eldre er et satsingsområde for folkehelsearbeidet i fylkets kommuner grunnet den demografiske utviklingen i årene som kommer.

5.3 Oppsummering

Folkehelsearbeid er ikke noe nytt. Kommunene hadde også tiltak for folkehelsen før Samhandlingsreformen trådte i kraft. Funnene i dette kapitlet illustrerer at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven kan ha bidratt til en bredere forståelse av folkehelseiltak i kommunene, nærmere bestemt at det kommunale folkehelsearbeidet har blitt mer helsefremmende, og ikke bare sykdomsforebyggende.

Den bredere forståelse av folkehelseiltak i lys av Samhandlingsreformen gjør at det eksisterende folkehelsearbeidet og potensialet for dette arbeidet blir mer synlig i alle sektorer. Samhandlingsreformen har bidratt til en bevisst- og tydeliggjøring av folkehelse på tvers av alle kommunens sektorer. Så langt er effekten mest fremtredende i planstadiet, i utviklingen av lokale folkehelseplaner og kommuneplaner.

Blant helseindikatorene i folkehelseprofilene er det hjerte-karsykdom (inkludert diabetes) og fedme som kommunene anser å ha størst forebyggingspotensiale. Fysisk aktivitet og kostholdsveiledning, gjerne i regi av frisklivs-sentralen, omtales som de vanligste tiltakene for å forebygge disse lidelsene i kommunens befolkning. Dette er i tråd med tidligere evalueringer av frisklivs-sentraler som viser at disse sentralene ser ut til å være det viktigste selektive

tiltaket i kommunene (Helgesen m.fl., 2014). Resultatene fra vår studie understreker at kommunene opplever det som utfordrende å nå større deler av befolkningen og å finne ressurser til å drifte frisklivscentralen som i hovedsak finansieres gjennom det kommunale budsjettet.

Tiltakene i kommunene dreier seg nå i større grad om påvirkningsfaktorer for sosial ulikhet i helse og helsefremmende levevaner enn tidligere. Det råder imidlertid noe usikkerhet rundt om det går et skarpt skille med reformen, eller om denne dreiningen i folkehelsearbeidet er resultatet av flere forhold i tiden rundt da Samhandlingsreformen ble iverksatt. Alle informantene fra case-kommunene fremhever helsefremmede tiltak for barn og unge, ikke bare for å forebygge sosiale helseforskjeller, men også for å danne et grunnlag for aktiv aldring. To av case-kommunene opplever også at det har blitt større interesse for folkehelsearbeid blant eldre med reformen, mellom annet populære tiltak for fysisk aktivitet blant de eldre og en skysstjeneste som hjelper eldre hjemmeboende til å komme seg ut på arrangementer. Samtlige kommuner nevner for øvrig folkehelsearbeid blant innvandrere og flyktninger som et utfordringsområde for kommunene som må prioriteres mer.

6 Avslutning

Hensikten med dette delprosjekt, som inngår som en del av et større prosjekt, var å studere hvordan Samhandlingsreformen påvirker prioritering og koordinering av det forebyggende folkehelsearbeidet i kommunesektoren. Vi har i denne rapporten tatt for oss tre tema: (1) det kommunale planverket; (2) organisering og ressursbruk; og (3) utforming av folkehelseiltak. Funnene i denne rapporten tyder på at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven så langt har:

- bidratt til at folkehelse i økende grad forankres i det kommunale planverket
- økt kommunenes bruk av ressurser på organisering og planlegging av folkehelsearbeidet
- hatt begrenset betydning for kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid
- bidratt til en bredere forståelse av folkehelseiltak

Kan vi så se tendenser til et trendskifte i utformingen av forebyggende tiltak i kommunen? Så langt er effekten mest fremtredende i planstadiet, i utviklingen av lokale folkehelseplaner og kommuneplaner. Dette er i tråd med styrings-signalene i Samhandlingsreformen som understrekes ytterligere i den nye folkehelsemeldingen: «Gjennom god planlegging og tilrettelegging kan kommunen bidra til å bedre folkehelsen» (Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter). Våre funn stemmer overens med lignende undersøkelser som konkluderer med at folkehelsearbeid har trengt dypere inn i den kommunale organisasjonen (Schou, Helgesen, & Hofstad, 2014). Mange helsefremmende folkehelseiltak utvikles over lengre tid. Hvorvidt forankringen av folkehelsearbeid i kommunal planlegging også fører til flere helsefremmede tiltak på tvers av sektorer, gjenstår derfor å se. Hovedfunnene diskuteres nærmere nedenfor.

6.1 Sterkere forankring i det kommunale planverket

Samhandlingsreformen og Folkehelseloven har gitt legitimitet til å forankre folkehelsearbeid i planverket ved at alle politiske saker som behandles i kommunen skal ha en folkehelsevurdering. Nesten halvparten av de 27

kommunene som var inkludert i vår gjennomgang av planverket, hadde revidert deres eksisterende planverk i løpet av et år (2013–2014). Dette kan tyde på at forholdsvis mange kommuner i en første fase av Samhandlingsreformen er i gang med å oppdatere planverket i tråd med de nye styrings-signalene. Under halvparten av kommunene har utviklet en egen delplan for folkehelse. Våre case-studie i tre kommuner illustrerte at de kan være delte meninger om hvorvidt en egen delplan er nyttig eller ikke. Positive erfaringer antyder at delplanen gjør at folkehelsearbeidet blir veldig oversiktlig og at planene blir tatt i bruk av de ulike sektorer i kommunen. Samtidig har det for noen vært et bevisst valg å ikke utarbeide en delplan for folkehelse, nettopp for å bedre ivareta folkehelseperspektivet i alle deler av planverket, strategier og tiltak som kommuner utformer.

Den sterkere forankringen av folkehelse i det kommunale planverket vises også gjennom økt og utstrakt bruk av folkehelseprofilene for å kartlegge helse-tilstanden og utfordringer for kommunens befolkning. Funnene samsvarer med resultater fra en annen survey som ble gjennomført i samme periode (Schou, Helgesen, & Hofstad, 2014). Denne studien, som er gjennomført av NIBR, konkluderer med at «oversiktsarbeidet har skutt fart», men at det er begrenset politisk oppfølging som kan gi grunnlag for prioriteringer på plansiden eller innenfor relevante sektorer (side 8,9). Noe lignende påpekes også av en informant i vår case-studie, som i tillegg antyder at kravene til løpende oversikt over befolkningens helse kan vri fokuset mot helseover-våkning framfor utvikling av konkrete folkehelseiltak. Dette kan også relateres til utsagnet fra en annen kommuneinformant som sier at hun ser en tendens til at flere kommuner kun løser Folkehelseloven administrativt, med utarbeidelse av en folkehelseplan og helseoversikter, mens tiltak ikke blir satt i verk. To av informantene i vår case-studie gir uttrykk for at data i folkehelseprofilene er for snevre og fokuserer for lite på påvirkningsfaktorer for helsen. Dette sies å kunne ha en uheldig effekt da kommuner i hovedsak oppretter tiltak som de har gode tall på, og således kan overse lokale forhold for folkehelsen som egentlig kan være vel så viktige, men som de ikke har oversikt over. Det kan også føre til at mange kommuner sitter med en følelse av at de har et treffsikkert folkehelsearbeid som ikke er reell.

6.2 Økte ressurser til kommunalt folkehelsearbeid?

Våre funn antyder at kommuneansatte opplever en økning i kommunens ressursbruk på folkehelse. I følge informantene som har deltatt i casestudien har dette foreløpig i hovedsak gått til organisering og planlegging av kommunens folkehelsearbeid i form av midler bevilget til folkehelsekoordinatorstilling, helseoversikter, planforum, strategigrupper og arbeidsgrupper for folkehelse. Eventuelle økninger i ressursbruk til folkehelse tiltak forklares ved at det er flere tiltak som nå regnes som folkehelse tiltak sammenlignet med tidligere.

Erfaringer fra Danmark, i etterkant av en lignende reform, har vist en økning i de kommunale utgiftene til forebyggingstiltak. Kommuner som har igangsatt mange tiltak har imidlertid ikke oppnådd et lavere antall potensielt forebyggbare innleggelser (Vrangbæk & Sørensen, 2013, ref. i Rommetvedt m.fl. 2014). En foregående undersøkelse rapporterte at kommunene selv mener at de i stor grad bruker kommunens egne midler til folkehelsearbeidet, og at de i mindre grad bruker statlige tilskuddsmidler (Helgesen, & Hofstad, 2012). Noen av informantene i vår case-studie antyder at kommunenes ambisjonsnivå for planverket ofte ikke harmonerer med de ressursene som kommunen disponerer. Kommuner kan altså ha vansker med å tilfredsstille kravet i Samhandlingsreformen om å utforme et planverk som beskriver tiltakene som kan iverksettes innenfor kommunens økonomiske begrensninger. Dette er i tråd med NIBRs undersøkelse der det fremkommer at kommuner opplever det som problematisk med stimuleringsmidler («korte» penger) fra staten som ytes i 2–3 år med forventning om at kommunene selv skal finne midler til å gjøre tiltakene permanente. Det oppleves som en stor utfordring å integrere tiltak som har vært drevet på tilskuddsmidler i ordinære budsjetter (Helgesen m.fl., 2014). Samhandlingsreformen gir lite økonomisk støtte til langsiktig forebyggingsarbeid i kommunene. Det er vanskelig for kommunene å se lønnsomheten i den forebyggende innsatsen, da sammenhengen mellom medfinansiering og folkehelsearbeidet er vag. Medfinansieringen ses i et årsperspektiv, mens folkehelsearbeidet ofte ses i et generasjonsperspektiv.

6.3 Begrenset betydning for tverrsektorielt samarbeid?

Folkehelseloven har bidratt til at folkehelsearbeidet er løftet ut av helsesektoren og at alle kommunens sektorer ansvarliggjøres som eiere av folkehelsearbeidet (totalkommuneansvar). Loven har videre ført til en utvidet forståelse av

folkehelsebegrepet, slik at kommunen kan se folkehelseiltakene i sammenheng, på tvers av sektorer, og i større grad tiltak som baseres på kommunens utfordringer og behov. Informantene fra vår case-studie var imidlertid noe mer tvetydige om hvorvidt det er Samhandlingsreformen som har bidratt til økt tverrsektorielt samarbeid. Mange kommuner var allerede i gang med å styrke slikt samarbeid før Samhandlingsreformen inntraff, blant annet ved at de allerede hadde ansatt en folkehelsekoordinator. Basert på våre data og en NIBR-rapport fra 2012 (Helgesen, & Hofstad, 2012), ser det ikke ut til at andelen kommuner med folkehelsekoordinator har blitt høyere, men at det kanskje er en liten økning i andelen store kommuner som har en folkehelsekoordinator i fulltidsstilling. Tall fra en nyere NIBR-rapport viser imidlertid en økning i andelen kommuner med folkehelsekoordinator fra 74 prosent i 2011 til 85 prosent i 2014. De finner også en tendens til at folkehelsekoordinatorene har noe større stillingsprosent enn tidligere (Schou, Helgesen, & Hofstad, 2014).

Eksempler på forankring av det tverrsektorielle folkehelsearbeid i kommunen, er at en tverrsektoriell styringsgruppe arbeider med folkehelse i planleggingen og ut i organisasjonen eller gjennom kommunens planforum. Det kan tenkes at det landsomfattende tilsynet for folkehelse i 2014 har ført til at flere kommuner setter fokus på det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, men hovedrapporten for tilsynet er ikke klar ennå.

6.4 En bredere forståelse av folkehelseiltak?

Folkehelseloven fremmer en dreining i folkehelsepolitikken fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. *Sykdomsperspektivet* vektlegger bestemte sykdommer, lidelser eller tilstander, mens *påvirkningsperspektivet* er rettet mot (bakenforliggende) faktorer som påvirker helsen og tydeliggjøring av sammenhengen mellom ulike helserelaterte faktorer, samt den sosiale fordelingen av disse faktorene som påvirker helsen. Påvirkningsperspektivet promoterer dermed et bredt folkehelsearbeid på tvers av sektorer for å fremme gode oppvekst- og levekår, tilrettelegge for sunne levevaner og skape et samfunn som oppmuntrer fellesskap, trygghet og deltagelse (Lov om folkehelsearbeid, Prop. 90 L (2010–2011), s. 30).

Med reformen har det altså blitt et «bredere» folkehelsebegrep i kommunene som rommer mer, noe som gjør at folkehelsearbeidet og potensialet for arbeidet blir mer synlig i alle kommunens sektorer. Tiltakene i kommunene

dreier seg nå i større grad om påvirkningsfaktorer for sosial ulikhet i helse og helsefremmende levevaner enn tidligere. Helsefremmede tiltak for barn og unge ser ut til å stå sentralt, ikke bare for å forebygge sosiale helseforskjeller, men også for å danne et grunnlag for aktiv aldring. Likevel gir vår case-studie et tvetydig inntrykk av hvor godt aktiv aldring ivaretas i kommunenes folkehelsearbeid. I tråd med styringssignaler så langt er hovedfokus i kommunenes folkehelsearbeid på barn og unge og oppvekstsvilkår. Helsefremmede tiltak – utover sykdomsperspektivet – for den voksne og eldre befolkningen, er vanskeligere for kommunene å konkretisere. Videre antyder kommunene folkehelsearbeid blant innvandrere og flyktninger som et utfordringsområde de har behov for å prioritere mer.

6.5 Til slutt

Selv om folkehelsearbeid ikke er et nytt tema for kommunene, bidrar Samhandlingsreformen og Folkehelseloven til en sterkere og mer systematisk forankring av folkehelsearbeidet i kommunene. En rapport fra Nasjonalt nettverk for implementering av Samhandlingsreformen fra november 2014, viser at folkehelsesatsingen fortsatt er i startfasen. Den nye folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 2014–2015) viderefører de tidligere styringssignalene for å sikre en langsiktig styrking av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse, blant annet ved å etablere et program for folkehelsearbeid og utvikle og spre modeller for folkehelsearbeid i kommunene. Formålet er å fremme økt yrkesdeltakelse, aktivitet, helse, trygghet og solidaritet mellom generasjonene. I den nye folkehelsepolitikken er også aktive eldre satt enda tydeligere på dagsorden. Påvirkningsperspektivet vektlegges fortsatt, og det sies at dette krever større tverrfaglig involvering av fagmiljøer, utover kun helsefaglige miljøer, for å utvikle gode planer, tiltak og indikatorer på dette området som fremmer god og rettferdig fordeling av helse. Lokal kunnskap, inklusiv innbyggernes, om kommunenes sterke sider og forbedringspotensialer, vil være uunnværlig for å nå dette målet.

Referanser

- Folkehelseinstituttet (2014). *Skadebildet i Norge. Hovedvekt på personskader i sentrale registre*. Oslo: Rapport 2014:2.
- Forskrift om oversikt over folkehelsen, 1. juli 2012. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Frie inntekter 2015 (2015). Hentet fra <http://omega.regjeringen.no/nb/dep/kmd/dok/grontheft/Frie-inntekter-2015.html?id=771841>, lastet ned 09.01.2015.
- Helgesen, M. K., & Hofstad, H. (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. Oslo: NIBR-rapport 2012:13.
- Helgesen, M. K., Hofstad, H., Risan, L. C., Stang, I., Rønningen, G. E., Lorentzen, C., & Goth, U. S. (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. Oslo: NIBR-rapport 2014:3.
- Helsedirektoratet (2014a). Etablerte frisklivssentraler i 2014. Hentet fra <https://helsenorge.no/SiteCollectionDocuments/frisklivssentraler-sept-2014.pdf>, sist endret september 2014, lastet ned 13.11.2014.
- Helsedirektoratet (2011). Folkehelse og kommuneplanlegging, moment- og tipsliste. Oslo.
- Helsedirektoratet (2010). Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle. Oslo.
- Helsedirektoratet (2013b). God oversikt – En forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Oslo.
- Helsedirektoratet (2014c). *Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge*. Oslo: Rapport 2014:6.
- Helsedirektoratet (2014b). Status for Samhandlingsreformen. Forvaltningsmessig følge med-rapport fra Helsedirektoratet 2014. Oslo.
- Helsedirektoratet (2013a). Veileder for kommunale frisklivssentraler – Etablering og organisering. Oslo.
- Helsetilsynet (2015). Tilsyn på folkehelseområdet. Hentet fra <https://helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsomrader/Tilsyn-pa-folkehelseområdet/>, sist endret 16.01.2015, lastet ned 16.01.2015.
- Helsetilsynet (2014). Tilsynsmelding 2013. Oslo.
- Hofstad, H. & Vestby, G. M. (2009). *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse*. Oslo: NIBR-notat 2009:102.

- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m. m. (helse- og omsorgstjenesteloven), 1. januar 2012. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven), 1. juli 2009. Oslo: Kommunal- og moderniseringsdepartementet.
- Meld. St. 13 (2011–2012). Utdanning for velferd. Samspill i praksis. Oslo: Kunnskapsdepartementet.
- Meld. St. 19 (2014–2015) Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Meld. St. 34 (2012–2013). Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen (2014). Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014. Hentet fra <http://fylkesmannen.no/>, lastet ned 13.02.2015.
- NAV (2014). Statistikknotat. Utviklingen i sykefraværet, 3. kvartal 2014. Hentet fra https://www.nav.no/no/NAV+og+samfunn/Statistikk/Sykefravar+-+statistikk/Sykefravar/_attachment/400047?_download=true&_ts=14a34300938, lastet ned 16.01.2015.
- Ouff, S. M., Bergem, R., Aarflot, U., Vestby, G. M., Hofstad, H., & Helgesen, M. K. (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan*. Sluttrapport. Volda: Møreforskning Volda, Rapport nr. 7.
- Prop. 90 L (2010–2011). *Lov om folkehelsearbeid* (folkehelseloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Prop. 91 L (2010–2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (helse- og omsorgstjenesteloven). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Rommetvedt, H., Opedal, S., Stigen, I. M., & Vrangbæk, K. (2014). *Hvordan har vi det i dag, da? Flernivåstyring og samhandling i norsk og dansk helsepolitikk*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Schou, A., Helgesen, M. K., Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner*. Oslo: NIBR-rapport 2014:21.
- Statistisk sentralbyrå, 2014. Variabler fra KOSTRA-databasen (Kommune-Stat-Rapportering) for 76 kommuner for året 2012, hentet ut 22.09.2014.
- St. Meld. nr. 16 (2002–2003). Resept for et sunnere Norge (folkehelsepolitikken). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. Meld. nr. 47 (2008–2009). *Samhandlingsreformen*. Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Summary

The overall aim of the Coordination Reform, which was implemented in Norway January 1st in 2012, is to ensure that patients receive proper treatment – at the right place and right time. The reform is also anticipated to reduce the demand for specialized health care, by transferring more responsibility to the municipalities and to increase emphasis on health promotion, disease prevention and early intervention in the course of a disease at the municipal level. The Public Health Act, which is part of the Coordination Reform, is a legal means to regulate the municipalities' responsibility for public health and disease prevention (§ 4): “The municipality shall promote the population's health and well-being, and good social and environmental conditions; contribute to the prevention of mental and somatic illnesses, disorders or injuries; contribute to reducing social inequalities in health; and contribute to the protection of the population against factors that may have a negative impact on health”.

The current report presents results from a study that is part of the project “Process evaluation of the Coordination Reform” (*Prosessevaluering av Samhandlingsreformen: Statlige virkemidler, kommunale innovasjoner*), which is a collaboration between the Department of Health Management and Health Economics at the University of Oslo; The Center for Care Research, East, at Gjøvik University College; The Norwegian Institute for Urban and Regional Research; and Norwegian Social Research at Oslo and Akershus University College.

The aim of the report is to address whether the Coordination Reform has affected priority setting and coordination of municipal public health work in the period 2013-2015. Our focus is on three topics: (1) the municipal planning work; (2) organization and use of resources; and (3) development of preventive and health promoting measures. We ask:

- In what way does the Coordination Reform contribute to a stronger anchoring of public health work in the municipal planning work?
- To what extent and how do municipalities ensure the cross-sectorial nature of public health work and their collaboration with external authorities?
- Has the Coordination Reform brought about a change in municipalities' use of resources for public health work?
- Can we detect tendencies towards a trend-shift in the development of public health measures in municipalities?

Chapter 2 provides an overview of the data and methods. Data are derived from a survey in 76 municipalities (2014), a review of the planning work of 27 municipalities (2014), and a case study including informants from three municipalities (2015).

The results in Chapter 3 are based on the review of the planning work in 27 municipalities and the responses from the informants in the three case-municipalities. In December 2014, the planning work of two thirds of the 27 municipalities provided an overview of their population health by applying the available health profiles. However, the planning work gave to a limited extent an overview of local factors and environmental developments that can influence population health. According to informants from the three case-municipalities, public health work has become an increasingly prominent priority area in municipal planning work after the launch of the Coordination Reform, as it has become a distinct dimension in all political issues that are being processed.

Chapter 4 describes the extent to which the Coordination Reform has influenced municipalities' use of resources and the organization of public health work. Approximately three of ten municipal managers indicated an increase in the municipality's use of resources on public health work. Also, informants from the three case-municipalities indicate an increase in the use of resources after the launch of the Coordination Reform. However, none of the informants report that the resources are spent on new or an increasing number of preventive or health promoting measures. The increase in resource use seems to be dedicated to organization and planning work, such as creating

new positions for public health coordinators, producing health charts, participating in plan forums, and/or working groups for public health.

Results from the case study also suggest a strong collaboration between municipalities and county authorities. The Coordination Reform seems to have contributed to increased clarity in the roles of the different partners in this collaboration. So far, the Reform appears to have had little effect on the cross-sectorial public health work within the municipalities. This is probably because the cross-sectorial focus was related to various other conditions and trends that operated prior to and close to the launch of the Coordination Reform, such as establishing positions for public health coordinators.

The results of chapter 5 illustrate that the Coordination Reform and the related Public Health Act may have contributed to a broader understanding of public health measures in the municipalities. Public health measures now include more health promoting measures, not only disease preventive ones. Informants from the 76 municipalities consider cardiovascular diseases (including diabetes) and obesity to have the greatest preventive potential. Physical activity and dietetic instructions, often within the so-called “frisklivs-sentralen”, are reported as the most common measures to prevent these conditions in the population. Some informants from the case-study experience an increase in measures reflecting health-promoting factors and addressing social inequality, but are uncertain whether this is because of the Coordination Reform or part of a trend that already started earlier.

The main findings of the report are summarized and discussed in Chapter 6. So far, The Coordination Reform has:

- Contributed to a stronger anchoring of public health in the municipal planning work.
- Increased municipalities' resource spending on organizing and planning public health work.
- Had limited implications for cross-sectorial public health work.
- Contributed to a broader understanding of public health measures.

Until now, the effects of the Coordination Reform are most pronounced in the planning stages, in the development of local public health plans and

municipalities' planning work. This is in line with signals that the Reform wants to send, which are further emphasized in the new White Paper on Public Health (Meld. St. 19 2014-2015). To what extent the anchoring of public health work in municipal planning also leads to more and new health promoting measures across sectors remains a topic for future research.

Vedlegg 1:

Oversikt over kommuneutvalget med 76 kommuner

Kommuner som deltok i spørreundersøkelsen blant ledere i 76 kommuner	
Alstadhaug	Marker
Alta	Molde
Aremark	Moss
Arendal	Namsos
Aure	Orkdal
Austrheim	Os
Bergen	Oslo
Bodø	Porsgrunn
Bremanger	Randaberg
Bærum	Ringsaker
Drammen	Risør
Dønna	Sande (i Vestfold)
Eidsberg	Sandefjord
Elverum	Skedsmo
Fauske	Skjåk
Finnøy	Sola
Fredrikstad	Songdalen
Førde	Stange
Gjerstad	Stavanger
Gjøvik	Stjørdal
Granvin	Sunndal
Grimstad	Søgne
Hamar	Sør-Varanger
Harstad	Tranøy
Haugesund	Tromsø
Herøy	Trondheim
Hjartdal	Træna
Karasjok	Trøgstad
Kristiansand	Utsira
Kristiansund	Verdal
Lardal	Vestvågøy
Larvik	Vindafjord
Lenvik	Vågå
Lierne	Ørsta
Lom	Åfjord
Loppa	Ål
Lunner	Ålesund
Lørenskog	Åsnes

Vedlegg 2:

Kommuneundersøkelsen - folkehelsedelen

Folkehelse kvantitativ del (76 kommuner)

1. Hvor viktig mener du at fastlegenes rolle/arbeid er for å få til et godt forebyggende helsearbeid i din kommune

Ikke viktig ?

Litt viktig ?

Viktig ?

Meget viktig ?

2. Hvordan vil du karakterisere kommunens samarbeid med fastlegene om forebyggende helsearbeid

Meget dårlig ?

Dårlig ?

Både og ?

Bra ?

Meget bra ?

3. Hvis samarbeidet med fastlegene fungerer dårlig, hva er den viktigste grunnen til at samarbeidet ikke fungerer (skriv noen korte setninger)

.....
.....

4. I hvilken grad mener du at din kommune – gjennom et godt forebyggende helsearbeid – kan redusere kommunenes utgifter til kommunal medfinansiering av sykehuskostnader (20 % medfinansiering innført 1. januar 2012)

I meget liten grad ?

I liten grad ?

I noe grad ?

I stor grad ?

I meget stor grad ?

5. I hvilken grad har Samhandlingsreformen med den nye folkehelseloven bidratt til økt kommunal innsats på forebyggende helsearbeid i din kommune?

I meget liten grad ?

I liten grad ?

I noe grad ?

I stor grad ?

I meget stor grad ?

6. Hvordan er kommunens ressursbruk på forebyggende helsearbeid i dag sammenlignet med for fem år siden

Bruker mindre ressurser ?

Like mye ?

Noe mer ?

En god del mer ?

Vesentlig mer ?

7. I hvilken grad brukes folkehelseprofilen fra Folkehelseinstituttet når din kommune skal kartlegge folkehelseutfordringene i kommunen?

I meget liten grad ?

I liten grad ?

I noe grad ?

I stor grad ?

I meget stor grad ?

8. I hvilken grad mener du frisklivssentraler er et egnet/effektivt virkemiddel for forebyggende helsearbeid?

I meget liten grad ☐ I liten grad ☐ I noe grad ☐ I stor grad ☐ I meget stor grad ☐

Har ikke frisklivssentral ☐

9. Hvis kommunen har frisklivssentral, hvilke grupper/diagnoser mener du frisklivssentraler er best egnet for?

.....
.....

10. Rangér punktene nedenfor etter hvor stor innvirkning du mener at kommunens forebyggende helsearbeid kan ha for å redusere antallet av tilstandene/sykdommene (ranger de tre sykdommene hvor kommunen har størst innvirkning 1 = kommunen har størst innvirkning, 2 = nest størst innvirkning, 3 = tredje størst innvirkning):

Diabetes

Fedme

Hjerte-kar-lidelser

Kols og astma

Muskel- og skjelettlidelser

Kreft

Bruddskader (lårhalsbrudd med mer)

Psykiske lidelser

Andre lidelser, spesifiser.....

11. Hvilke konkrete forebyggende tiltak har din kommune iverksatt for å redusere omfanget av følgende tilstander (Ingen tiltak, skriv 0)

Diabetes.....

Fedme.....

Hjerte-kar-lidelser.....

Kols og astma.....

Muskel og skjelett-lidelser.....

Kreft.....

Bruddskader (lårhalsbrudd med mer).....

Psykiske

lidelser.....

Andre lidelser, spesifiser.....

12. I hvilken grad samarbeider dere med (får informasjon fra) følgende enheter i forbindelse med det forebyggende helsearbeidet:

Fylkeskommunen	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐
Fylkesmannen	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐
Ulike departementer	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐
Helsedirektoratet	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐
KS	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐
Andre kommuner	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐
Private konsulentselskaper	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐
Forskningsinstitusjoner	Ikke samarbeid ☐	Lite ☐	Noe ☐	Mye ☐

13. Har dere egen folkehelsekoordinator(er):

Ja, et årsverk eller mer ☐ Ja, mindre enn et årsverk ☐ Nei ☐

Vedlegg 3:

Intervjuguide for informantene i case-studien av tre kommuner

Fartstid i kommunen

Innledningsvis så ønsker jeg å spørre om hvor lenge du har vært i stillingen som XXXXX?

Planlegging

Samhandlingsreformen er ment som et fundament for å styrke folkehelsearbeidet i kommunen ut ifra lokale utfordringer og behov. Vi er interessert i å få vite mer om hvordan Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven) har påvirket de fire områdene planlegging, organisering, ressursbruk og tiltak innen folkehelsearbeidet i kommunen.

- Opplever du at folkehelse/folkehelsearbeidet er ivaretatt i kommunens planverk per i dag?
- Har Samhandlingsreformen med Folkehelseloven bidratt til å forankre folkehelse i planverket?
- Hvordan har du vært involvert i/pådriver for planprosessen i kommunen?
- Opplever du at det er samsvar mellom planverket og praksis i kommunen, de tiltakene som er gjennomført hittil?

Organisering

Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven) vektlegger at folkehelse skal forankres i kommunens planverk etter lovbestemmelsene i Plan- og bygningsloven. Dette for å sikre et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid og styrke den politiske forankringen av arbeidet.

- Hvordan opplever du det tverrsektorielle folkehelsearbeidet internt i kommunen? Har dette samarbeidet eksistert forut for Samhandlingsreformen/Folkehelseloven? Hvordan har samarbeidet evt. endret seg med Samhandlingsreformen/Folkehelseloven?
- Hvor er folkehelsekoordinatoren plassert i kommunen? Hvordan tror du denne personen kan være en pådriver for folkehelsearbeidet i kommunen? Har folkehelsekoordinatoren et tydelig mandat (blir personen hørt)?
- Hvordan vil du karakterisere samarbeidet mellom kommunen og eksterne aktører med tanke på folkehelsearbeidet (f.eks. interkommunalt, fylket, andre myndigheter)? Har disse initiativene om samarbeid eksistert forut for Samhandlingsreformen (og Folkehelseloven)? Hvordan har dette samarbeidet evt. endret seg med Samhandlingsreformen (og Folkehelseloven)?

Ressursbruk

- Opplever du at kommunens ressursbruk til folkehelsearbeidet er endret etter iverksetting av Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven)?
Hva brukes det evt. mer penger på?

Tiltak

- Kan du si noe om hvordan innføringen av Samhandlingsreformen (med Folkehelseloven) har påvirket folkehelsetiltakene i kommunen?
- Opplever du at reformen har ført til flere tiltak og tilbud for kommunens befolkning? Dersom reformen ikke har ført til flere tiltak/tilbud, hva kan være årsaken til dette?
- Hvordan ivaretas aktiv aldring i folkehelsearbeidet?

Særlig i forbindelse med Folkehelseloven har det vært et helsepolitisk skifte som promoterer en drening i folkehelsearbeidet fra å være sykdomsforebyggende til å satse med på helsefremming med vektning av sosiale påvirkningsfaktorer (påvirkningsperspektivet).

- Opplever du at kommunens folkehelsearbeid har blitt mer helsefremmende etter at Samhandlingsreformen med Folkehelseloven trådte i kraft?
Gjenspeiles dette i kommunens folkehelsetiltak?
- Er det noen folkehelsetiltak som ikke er godt nok dekket i kommunen per i dag?

Avslutningsvis

- Vil du si at folkehelse-begrepet har fått et nytt innhold med Samhandlingsreformen og Folkehelseloven?
- Er det noe annet du vil si/tilføye avslutningsvis?

Vedlegg 4:

E-post sendt til informantene i case-studien

Forespørsel om deltagelse i studie om kommunalt folkehelsearbeid med Samhandlingsreformen

Hei XXXX,

NOVA gjennomfører for tiden, på oppdrag fra Norges Forskningsråd, et delprosjekt innenfor Prosessevaluering av Samhandlingsreformen ([prosjektside](#)). Som et siste ledd i vår studie skal vi gjennomføre intervju i tre kommuner for å belyse Samhandlingsreformens innvirkning på prioritering og koordinering av det kommunale folkehelsearbeidet. X er en av de tre utvalgte kommunene og som X (yrkestittel) for denne kommunen ønsker vi å blant annet høre dine synspunkter.

Det vil være et telefonintervju på omtrent 30 minutter som ikke vil kreve noen forberedelser fra din side. Vi vil spørre om hvordan du opplever betydningen av Samhandlingsreformen (og Folkehelseloven) på kommunens planarbeid, organisering, samt ressursbruk innenfor folkehelsearbeidet og kommunens utforming av folkehelse tiltak.

Vi håper du har mulighet til å bidra til dette og foreslår at vi setter av:

Xdag X. februar kl. XX:XX

eller

Xdag X. februar kl. XX:XX

Vennligst gi snarlig tilbakemelding om du kan delta og hvilket tidspunkt som passer best eller om du foretrekker et annet tidspunkt. Ta gjerne kontakt med en av oss dersom du skulle ha behov for mer informasjon.

Intervjuet vil bli tatt opp på bånd og lagret på en sikker server. Dine svar vil inngå i en rapport om kommunenes forebyggende helsearbeid i lys av Samhandlingsreformen. Dersom det er ønskelig kan det tilbys gjennomlesing av de delene av rapporten som du har bidratt til før den publiseres.

Vennlig hilsen

Gøril Kvamme Løset

Forskningsassistent

Tlf. 906 105 48

Marijke Veenstra

Prosjektkoordinator (marijke.veenstra@nova.hioa.no)

Tlf. 902 302 54



Velferdsforskningsinstituttet NOVA

Senter for velferds- og arbeidslivsforskning

Besøksadresse: Stensberggata 26, Pb. 4 St. Olavs Plass, 0170 Oslo

E-post: goril.k.loset@nova.hioa.no www.hioa.no/nova