

Marit K. Helgesen
Hege Hofstad

Regionalt og lokalt folkehelsearbeid Ressurser, organisering og koordinering

En baselineundersøkelse



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Regionalt og lokalt
folkehelsearbeid. Ressurser,
organisering og koordinering

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2012:9

Engasjement, åpenhet og holdninger til psykisk helse og psykisk sykdom

NIBR-rapport 2012:4

Kommunalt psykisk helsearbeid 2012

NIBR-rapport 2012:3

Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: handlingsplan og iverksetting

NIBR-rapport 2011:25

Den vanskelige samhandlingen.
Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet

NIBR-rapport 2008:28

Kommunehelseprofiler.
Kommunenes bruk av
Helsedirektoratets nettsted

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Marit K. Helgesen og Hege Hofstad

Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering

En baselineundersøkelse

NIBR-rapport 2012:13

Tittel: Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse.

Forfatter: Marit K. Helgesen og Hege Hofstad

NIBR-rapport: 2012:13

ISSN: 1502-9794

ISBN: 978-82-7071-935-8

Prosjektnummer: 2999

Prosjektnavn: Baseline folkehelse

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Rapporten presenterer en kartlegging av folkehelsearbeid regionalt og lokalt. Det fokuseres på regionale og lokale ressurser, hvordan nivåene har organisert arbeidet og hvordan det koordineres. Undersøkelsen er en baseline med fokus på situasjonen for folkehelsearbeid før Folkehelseloven av 2011 ble satt i verk.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Mai 2012

Antall sider: 191

Pris: Kr. 250.-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Vår hjemmeside:

Trykk: Nordberg A.S.
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2012

Tegning av Iben Sandemose, 1987
© Iben Sandemose / BONO 2012

Forord

Høsten 2011 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), i åpen konkurranse, oppdrag av Helsedirektoratet å gjennomføre en undersøkelse om status i regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Undersøkelsen kartlegger kommuners og fylkeskommuners arbeid med folkehelse spørsmål fram til iverksetting av Folkehelseloven 01.01.2012 og skal danne en baseline for framtidige undersøkelser av utviklingen i lokalt og regionalt folkehelsearbeid.

Forfatterne retter en stor takk til alle som har svart på spørreskjemaet og takker Helsedirektoratet for godt samarbeid.

Tegningene i denne rapporten er laget av Iben Sandemose. De er i NIBRs eie.

Oslo, mai 2012

Hilde Lorentzen

Instituttssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	5
Figuroversikt	8
Sammendrag.....	9
Summary	14
1 Bakgrunn og problemstillinger	19
1.1 Bakgrunn	19
1.2 Tema i kartleggingen.....	20
1.3 Rapportens oppbygging	21
2 Perspektiver på folkehelse	22
2.1 Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid	22
2.2 Påvirkningsperspektivet	25
2.3 Systematisk folkehelsearbeid	29
2.3.1 Samstyring i folkehelse	30
2.4 Metodiske vurderinger.....	32
2.4.1 Operasjonalisering av folkehelse.....	35
3 Fylkeskommunalt folkehelsearbeid.....	41
3.1 Innledning	41
3.2 Ressurser i folkehelsearbeidet	41
3.2.1 Menneskelige ressurser: Folkehelsekoordinatorene...	42
3.2.2 Økonomiske ressurser.....	43
3.2.3 Folkehelsekoordinatorens organisatoriske forankring.....	44
3.3 Hovedutfordringer og oversiktsarbeid.....	46
3.4 Folkehelsearbeid og planlegging	49
3.5 Mobilisering av ulike aktører i folkehelsearbeidet	53
3.5.1 Fylkeskommunenenes rolle som understøtter av kommunalt folkehelsearbeid	57
3.6 Oppsummering	60

4	Ressurser i kommunalt folkehelsearbeid.....	63
4.1	Innledning	63
4.2	Folkehelsekoordinator og kommunelege	64
4.2.1	Kommunelegen	73
4.2.2	Økonomiske ressurser: Finansiering av folkehelsearbeidet.....	74
4.2.3	Organisatoriske ressurser	75
4.3	Hovedutfordringer - og prioriteringer i kommunenes folkehelsearbeid.....	76
4.3.1	Oversiktsarbeidet i kommunene.....	80
4.4	Konkrete tiltak i folkehelsearbeidet.....	85
4.4.1	Eksempler på folkehelse tiltak i kommunene	85
4.4.2	Tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse	90
4.5	Kontroll og tilsyn	92
4.6	Oppsummering	93
5	Koordinering av kommunalt folkehelsearbeid.....	95
5.1	Innledning	95
5.2	Tverrsektorielle arbeidsgrupper:	96
5.2.1	Folkehelse og planlegging.....	97
5.2.2	Folkehelsekoordinatorens og kommuneleges involvering i samfunnsplanleggingen	106
5.3	Helsekonsekvensutredninger.....	108
5.4	Oppsummering	109
6	Samstyring i kommunalt folkehelsearbeid	111
6.1	Innledning	111
6.2	Vertikale og horisontale partnerskap.....	111
6.2.1	Lokale partnerskap.....	116
6.2.2	Annen kontakt med private og frivillige aktører	119
6.2.3	Samarbeid med private/frivillige aktører.....	121
6.2.4	Kontakt med offentlige aktører	123
6.3	Oppsummering	125
7	Fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv?	128
7.1	Innledning	128
7.2	Påvirkningsperspektivet i folkehelsepolitikken.....	129
7.2.1	Påvirkningsperspektivet i ulike kommunale aktiviteter.....	131
7.3	Horisontal samordning og samarbeid	133
7.3.1	Muligheter for å integrere folkehelse i plan.....	134
7.3.2	Muligheter for samstyring.....	136
7.4	Mot et påvirkningsperspektiv?	141

Litteraturliste	142
Vedlegg 1 Problemstillinger	147
Vedlegg 2 Spørreskjema til kommuner	149
Vedlegg 3 Spørreskjema til fylkeskommuner	172

Tabelloversikt

Tabell 2.1	<i>Folkehelse temaer i kommuneundersøkelsen.</i>	37
Tabell 2.2	<i>Folkehelse temaer i fylkeskommuneundersøkelsen.</i>	38
Tabell 3.1	<i>Folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver.</i>	42
Tabell 3.2	<i>Finansiering av regionalt folkehelsearbeid i fylkeskommuner.</i>	43
Tabell 3.3	<i>Virksomhetsområder som deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper.</i>	45
Tabell 3.4	<i>Oppfatninger i fylkeskommuner om hva som er deres største folkehelseutfordringer</i>	47
Tabell 3.5	<i>Fylkeskommuner og bruk av kunnskap.</i>	49
Tabell 3.6	<i>Folkehelsekoordinators involvering i regionplanen.</i>	51
Tabell 3.7	<i>Fylkespolitikeres involvering i planarbeidet.</i>	52
Tabell 3.8	<i>Fylkespolitikeres involvering i folkehelsearbeid.</i>	53
Tabell 3.9	<i>Antall fylkeskommuner der eksterne arenaer har innflytelse på prioriteringer i folkehelsearbeidet</i>	54
Tabell 3.10	<i>Fylkeskommunene og frivillig sektor: Viktige samarbeids temaer</i>	56
Tabell 3.11	<i>Form på fylkeskommunenes understøtting/ oppfølging av kommunalt folkehelsearbeid</i>	58
Tabell 3.12	<i>Innhold i fylkeskommunal understøtting av kommunalt folkehelsearbeid</i>	59
Tabell 4.1	<i>Folkehelsekoordinator i kommunene</i>	64
Tabell 4.2	<i>Folkehelsekoordinators stillingsandel fordelt på kommuner i ulike størrelser</i>	66
Tabell 4.3	<i>Stillingsandeler som folkehelsekoordinator fordelt på kommunale administrative enheter/ avdelinger.</i>	68
Tabell 4.4	<i>Stillingsandeler som folkehelsekoordinator fordelt på noen brukerrettete arbeidsoppgaver</i>	70
Tabell 4.5	<i>Folkehelsekoordinatorenes stillingsandel og arbeidsoppgaver</i>	72
Tabell 4.6	<i>Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder.</i>	72

Tabell 4.7	<i>Status for kommunelegefunksjonen</i>	73
Tabell 4.8	<i>Finansiering av folkehelsearbeidet det siste året</i>	74
Tabell 4.9	<i>Områder med størst folkehelseutfordringer.....</i>	77
Tabell 4.10	<i>Levevaneutfordringer og kommunestørrelse</i>	78
Tabell 4.11	<i>Kommunenes bruk av ulike kilder for å lage oversikt over helsetilstanden.....</i>	82
Tabell 4.12	<i>Andel kommuner som bruker kunnskapsoversikten til forskjellige aktiviteter.....</i>	84
Tabell 4.13	<i>Sosial ulikhet i helse som utgangspunkt for tjenesteproduksjon.....</i>	91
Tabell 4.14	<i>Andelen kommuner som driver kontroll og tilsyn på folkehelsefeltet</i>	93
Tabell 5.1	<i>Tverrsektorielle arbeidsgrupper og kommunale enheters deltakelse.....</i>	96
Tabell 5.2	<i>Temaer i kommunal planstrategi.....</i>	100
Tabell 5.3	<i>Temaer i kommuneplanens samfunnsdel.....</i>	101
Tabell 5.4	<i>Temaer i kommuneplanens arealdel med bestemmelser, prosent.....</i>	102
Tabell 5.5	<i>Temaer i økonomiplan/ budsjett</i>	103
Tabell 5.6	<i>Folkehelsetemaer i kommunale planer: Mest fokuserte temaer fordelt på temakategori.....</i>	104
Tabell 5.7	<i>Involvering av kommunelege og folkehelsekoordinator i planleggingen,.....</i>	106
Tabell 5.8	<i>Involvering av folkehelsekoordinator og kommunelege etter planttype, kommunalt nivå.....</i>	107
Tabell 6.1	<i>Andel kommuner som mener at de får tilgang til ulike ressurser gjennom partnerskapet med fylkeskommunen. Prosent</i>	113
Tabell 6.2	<i>Kommunale respondenters oppfatning av fylkeskommuners og fylkesmenns aktiviteter tilknyttet kommunens folkehelsearbeid.....</i>	114
Tabell 6.3	<i>Kommunale respondenters oppfatning av tema fylkeskommuner og fylkesmannen fokuserer i sin oppfølging av lokalt folkehelsearbeid.....</i>	115
Tabell 6.4	<i>Involvering av private og frivillige aktører i kommunalt folkehelsearbeid.....</i>	117
Tabell 6.5	<i>Typer av frivillige og private aktører og andelen kommuner som har etablert partnerskap med dem.....</i>	118
Tabell 6.6	<i>Kommunenes kontakt med private og frivillige aktører: Sjelden kontakt.....</i>	120

Tabell 6.7	<i>Kommunenes kontakt med private og frivillige aktører:</i> <i>Månedlig eller sjelden kontakt.....</i>	120
Tabell 6.8	<i>Kommunenes kontakt med offentlige aktører: Sjelden</i> <i>kontakt.....</i>	124
Tabell 6.9	<i>Kommunenes kontakt med offentlige aktører: Regelmessig</i> <i>kontakt (daglig – månedlig).....</i>	124
Tabell 6.10	<i>Råd/partnerskap sin innflytelse på prioriteringer i</i> <i>folkebelsesarbeidet</i>	125

Figuroversikt

Figur 2.1	<i>Helsens påvirkningsfaktorer.....</i>	26
Figur 3.1	<i>Folkehelse temaer i regionplaner. Temaer som er hyppigst omtalt.....</i>	50
Figur 4.1	<i>Andel av folkehelsekoordinatorens tid satt av til folkehelsearbeid.....</i>	65
Figur 4.2	<i>Administrative/ stabsoppgaver kombinert med stilling som folkehelsekoordinator</i>	67
Figur 4.3	<i>Brukerrettet arbeid kombinert med stilling som folkehelsekoordinator.</i>	69
Figur 4.4	<i>Folkehelsekoordinatorens rolle/funksjon</i>	71
Figur 4.5	<i>Kommunenes hovedprioriteringer på folkehelseområdet.....</i>	79
Figur 4.6	<i>Andel kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand</i>	81
Figur 4.7	<i>Kommuner som opplever behov for mer kunnskap om helsetilstanden.....</i>	83
Figur 6.1	<i>Grad av samarbeid mellom kommuner og frivillige og private aktører.....</i>	121

Sammendrag

Marit Helgesen og Hege Hofstad

Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering

En baselineundersøkelse

NIBR-rapport 2012:13

Hovedtrekk

Folkehelsearbeidet i kommunene framstår som helseorientert, både med hensyn til folkehelsekoordinatorens lokalisering i kommunene og til at en lav stillingsandel ofte kombineres med administrativt eller brukerrettet arbeid knyttet til helse eller fysisk aktivitet. Kommunene, og spesielt de små, er mest opptatt av levevanetemaer som fysisk aktivitet, rus, ernæring og tobakk. Disse kommer høgest på lister over utfordringer og prioriteringer, men kommunene arbeider også med temaer relatert til levkår, samt sosialt og fysisk miljø. Kommunenes helseorientering avspeiler seg også ved at det er helsesjefen eller kommunelegen som oppgis som folkehelsekoordinatorens nærmeste leder, mens rådmannen er det i noe mindre grad.

Det tegner seg også et tydelig bilde av kommunal og fylkeskommunal variasjon angående arbeidet med folkehelse, noe som er naturlig gitt ulikhetene i størrelse, geografisk plassering og avstand. De menneskelige ressursene som har oppgaver inn mot feltet varierer. I kommunene finner vi at et flertall har folkehelsekoordinator, men at de har små stillingsandeler avsatt til arbeidet, nesten 40 prosent av kommunene har satt av 10 – 20 prosent. Det er relativt flere små kommuner som har folkehelsekoordinator enn større, og de små kommunene har også flere med den laveste stillingsandelen. I fylkeskommunene er det vanligste to til tre

årsverk. Videre er det stor variasjon angående koordinators eller rådgivers organisatoriske forankring. I over halvparten av fylkeskommunene har de som arbeider med folkehelse samme leder, enten fra kulturavdelingen eller planlegging/ regionalavdeling. Den organisatoriske forankringen til folkehelsekoordinatoren varierer også i kommunene. Hovedbildet er at stillingene som folkehelsekoordinator kombineres enten med administrative eller brukerrettete stillinger innenfor helse (friskliv, helsestasjon, fysak, hab-/rehabilitering).

Folkehelsepolitikken tar mål av seg å bidra til en utvikling fra et tradisjonelt sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv hvor bakenforliggende faktorer med betydning for folks helse kommer tydeligere fram. Denne rapporten viser en regional og lokal virkelighet der en i hovedsak retter oppmerksomhet mot risiko-reducerende tiltak, slik arbeid med levevaner er et eksempel på. Men samtidig er det tydelig at det ligger et potensial i å løfte fram sosiale og materielle faktorer gjennom kommunal planlegging og tverrsektorielt samarbeid internt i kommunene, med fylkeskommunen og med private/frivillige aktører. Samlet sett mener vi derfor det er grunnlag for å si at kommunene er i startgropa i forhold til et påvirkningsperspektiv.

Videre i sammendraget vil vi se nærmere på det vi i denne rapporten trekker fram som hovedaspekter ved regionalt og lokalt folkehelsearbeid, nemlig ressurser, utfordringer og strategiske prioriteringer, kunnskap og oversikt, virkemidler, organisering av folkehelsearbeidet, fylkeskommunenes understøttelse av folkehelsearbeid og sosial ulikhet i helse.

Ressurser

Både fylkeskommuner og kommuner mener at de i stor grad bruker egne midler til folkehelsearbeidet, og i middels grad at det er statlige midler, altså tilskuddmidler, de tar i bruk.

Alle fylkeskommuner har ett eller flere årsverk satt av til folkehelsekoordinator- eller rådgiver. Variasjonene er store da tre har fem årsverk eller flere, mens flest har to til tre årsverk satt av til folkehelsearbeid. Også på kommunalt nivå er det store variasjoner. Det er 74 prosent som har folkehelsekoordinator. 38 prosent av disse har denne funksjonen kun som en 10-20 prosent stilling,

mens 19 prosent har folkehelsekoordinator i full stilling. Små kommuner har oftest små stillingsandeler.

En deltidsstilling som folkehelsekoordinator er oftest kombinert med en stabsfunksjon, i flest tilfeller med en stabsfunksjon innenfor helse. Noe færre kombinerer oppgavene som folkehelsekoordinator med brukerrettet arbeid. De arbeider i en frisklivs-sentral, i helsestasjon eller skolehelsetjeneste, eller det kombineres med fysikkarbeid (figurene 4.1 og 4.2, tabellene 4.2 og 4.3).

82 prosent av kommunene har kommunelege, mens 22 prosent har avtale med kommunens fastleger (tabell 4.7).

Utfordringer og strategiske prioriteringer

Utfordringsbildet, slik fylkeskommunene opplever det, er en blanding av temaene levevaner, levekår, sosialt og fysisk miljø (se tabellene 2.1 og 2.2 for en oversikt over tema). Lavekårsstemaet skole og utdanning oppfattes som folkehelseutfordring av flest kommuner, dernest kommer sosialt miljø-temaet demografi. Utvikling og formidling av kunnskap, som tilhører samme tema, kommer langt ned på listen over utfordringer. Levevanetemaer generelt kommer forholdsvis høgt som fylkeskommunal utfordring, mens utfordringer knyttet til levekår, utover skole og utdanning, sosialt og fysisk miljø ser ut til å komme lengre ned på listen (tabell 3.4). For kommunene er det enda tydeligere at det er levevanetemaer som oppfattes som de viktigste utfordringene. Rus, ernæring, fysisk aktivitet og tobakk rangeres alle blant de seks viktigste utfordringene kommunene mener de har. Psykisk helse rangeres på andre plass, mens sosiale møteplasser kommer på femte. Utfordringer som kan knyttes til levekår kommer høyere opp på listen enn utfordringer knyttet til sosialt og fysisk miljø (tabell 4.9). Verken for fylkeskommunene eller kommunene er det helt samsvar mellom hva de oppfatter som utfordringer og hva som inngår i de strategiske prioriteringene de gjør angående folkehelse.

Kunnskap og oversikt

12 fylkeskommuner har laget en oversikt over helsetilstanden i sitt fylke og sju har da ikke laget en slik oversikt. Som begrunnelse for ikke å ha oversikt oppgir noen at de ikke har kunnskap nok til å lage den. I de fylkeskommunene som har laget oversikt brukes den til diskusjon om mål og strategier og til innspill til regional

utvikling (tabell 3.5). På kommunalt nivå er det 71 prosent av kommunene som ikke har laget oversikt over helsetilstanden, mens i underkant av 20 prosent har gjort det (figur 4.6). De som har laget oversikt har brukt ulike kilder, hvorav Kostra og Kommune-helseprofilene skårer høgest (tabell 4.11). Noe i overkant av 60 prosent av kommunene mener de har et stort behov for kunnskap (figur 4.7). De som har laget oversikt bruker den i størst grad inn mot utvikling av tiltak for å bedre folkehelsen og for å diskutere mål og strategier for folkehelsearbeidet (tabell 4.12).

Virkemidler

Fylkeskommuner og kommuner har flere virkemidler de kan ta i bruk for å fremme folkehelsen. Strategisk prioritering og inkludering i planer og ansettelse av folkehelsekoordinator er behandlet over, et tredje virkemiddel er tverrsektorielt arbeid og andre former for samstyring.

På fylkeskommunalt nivå er det virksomhetsområdene folkehelse og tannhelse som i størst grad inngår i tverrsektorielle arbeidsgrupper, dernest er det friluftsliv/idrett/fysisk aktivitet og videregående opplæring. Virksomhetsområdet planlegging inngår i tverrsektorielle arbeidsgrupper i 12 fylkeskommuner (tabell 3.3). På kommunalt nivå er det helsestasjon og skolehelsetjenesten som i størst grad inngår i tverrsektorielle arbeidsgrupper, deretter kommer kultur/idrett og skoler. Plan/miljø/teknisk samarbeider sjelden (tabell 5.1).

Partnerskap er et virkemiddel som også er viktig og alle fylkeskommuner hadde i 2007 inngått partnerskap med Helsedirektoratet og startet opp sitt arbeid med etablering av partnerskap med kommunene innenfor sitt geografiske område. 59 prosent av kommunene hadde inngått partnerskap med fylkeskommunen i 2011. Det er mye kontakt mellom kommuner og frivillige aktører om folkehelserelaterte spørsmål (tabell 6.4).

Organisering av folkehelsearbeidet

I fylkeskommunene varierer det hvilke avdelinger som har fått ansvaret for folkehelsespørsmålene. Den enkeltavdelingen som nevnes oftest er kulturavdelingen, dernest er det avdeling for planlegging. I noen fylkeskommuner er ressursene spredt til ulike avdelinger. I kommunene ser det ut til at det er helsesektoren som i størst grad får ansvaret for folkehelsearbeidet og det er helse-

sjefen eller kommuneoverlegen som oppgis å være nærmeste leder for folkehelsekoordinator i flest kommuner (46 prosent). I den grad det kommunale folkehelsearbeidet er delegert til en avdeling, er det også delegert til helseavdelingen. Når vi ser dette i sammenheng med hvilke stillinger folkehelsekoordinatorstillingen er kombinert med, ser vi at kommunalt folkehelsearbeid har en helseslagside.

Fylkeskommunes understøttelse av folkehelsearbeid

Fylkeskommunen skal understøtte det kommunale folkehelsearbeidet. Understøttelse består blant annet i å hjelpe kommunene med deres oversikt over helsetilstand og faktorer som påvirker helsen, men det inngår også andre funksjoner i dette. Alle fylkeskommunene oppgir å arbeide med råd og veiledning, arrangering av seminarer og konferanser, samt etablering av erfaringsnettverk mellom kommuner. 18 fylkeskommuner oppgir videre at de arbeider med å gi økonomiske tilskudd og har kontakt med kommuner i enkeltsaker, mens 14 har etablert partnerskap og 13 arbeider med kompetansebygging og videreutdanning (tabell 3.11). Fysisk aktivitet framstår som det viktigste temaet for fylkeskommunen i deres understøttelsesarbeid (tabell 3.12), og det overensstemmer med hva flest kommuner også mener det består i. På de neste plassene kommer ernæring og tobakk, rus er på en sjetteplass (tabell 6.3). Av aktiviteter kommunene mener fylkeskommunene gjennomfører i sitt understøttelsesarbeid kommer det å gi økonomiske midler og tilskudd på topp (75 prosent), dernest seminarer og konferanser og på tredjeplass kommer partnerskapsamarbeid. Kunnskap om helsens påvirkningsfaktorer kommer på en sjetteplass og tiltaksutvikling sist (tabell 6.2). Generelt er inntrykket at råd og veiledning tilpasses kommunal etterspørsel.

Sosial ulikhet i helse

Reduksjon av sosial ulikhet i helse oppfattes å være utgangspunkt for tjenesteproduksjon i kommunale tjenester som helsestasjon, skolehelsetjenesten, NAV-sosial og helsestasjon for ungdom (tabell 4.13).

Summary

Marit Helgesen og Hege Hofstad

**Regional and local health promotion. Resources,
organization and coordination**

A base line study

NIBR-report 2012:13

Main findings

It appears that municipalities have started a process of transforming their health promotion work from a preoccupation with disease prevention towards paying attention to what determines health positively and negatively. However, health promotion work in Norwegian municipalities continues to be health oriented. The public health officer's organizational anchorage is mainly in the health department. Moreover, the small part time positions public health coordinators hold are most often combined with either administrative or user oriented positions also in the health department.

Municipalities, in particular the small ones, usually are preoccupied with health promotion themes that can be placed within the overall theme of health behavior. These are physical activity, substance and alcohol abuse, nutrition and tobacco. In this order these themes are high on the local government ranking of health promotion challenges and priorities, but they also work with themes to be grouped within living conditions as well as social and physical environments.

The health promotion work although varies among municipalities. Public health coordinators get variegated experience conducting their work and health promotion is related to a variegated set of

functions. The functions are to be found first and foremost within health and physical activity, but also within other sectors of local government responsibility.

Health behavior is the most prominent challenge and priority as considered by local governments. Apart from the theme physical activity, however, health behavioral themes are not integrated into local government strategic planning and prioritizing to the same degree as other themes. Childhood environment is the health promotion theme mentioned most often to be integrated into plans.

The summary will in the following focus on resources, challenges and strategic prioritizing, knowledge and oversight, instruments, the organizing of health promotion, regional government support of health promotion and social inequalities in health.

Resources

Both regional and local governments are of the opinion that they to a great extent use their own economic means when implementing health promotion policies. They use state grant regimes to a somewhat lesser degree.

All regional authorities have one man labor year or more assigned to health promotion work as public health coordinator or consultant. There are great variations between them as three of 19 have assigned five or more man labor years to this while two to three is the most common number of man labor years assigned.

At municipal level there are as well variations. 74 per cent have employed a public health coordinator. When it comes to time resources, 39 per cent have assigned only 10-20 per cent of their work time to health promotion work. Thus, small part time positions are the most common. Only 19 per cent of municipalities have assigned full time positions to health promotion work. Small municipalities most often have assigned the smallest positions.

A part time position as public health coordinator in municipalities most often are combined with an administrative position and most often within the health department. A somewhat smaller number combine health promotion work with user oriented functions. They most often work in a fitness department, a public health

clinic or in the school health services. This is shown in the figures 4.1, 4.2 and tables 4.2 and 4.3.

82 per cent of municipalities have employed a municipal medical officer, 22 per cent have negotiated medical resources to health promotion work with the local general practitioners.

Challenges and strategic prioritizing

The challenges as experienced by regional and local authorities are a mix between health behavior, living conditions and social and physical environments (see tables 2.1 and 2.2 for an overview over themes). The living condition theme of schools and education is experienced to be a challenge by most regional authorities ranked before the social environmental theme of demography. The development and communication of knowledge and insight, which is also a social environmental theme, is ranked low on the list of challenges and priorities. The themes belonging to health behavior generally is ranked high on the list of challenges experienced by regional government while challenges related to living conditions (except for school and education) social and physical environments generally are ranked much lower (table 3.4).

For local authorities it is even more accentuated that the themes grouped within health behavior are experienced to be the most challenging. Substance and alcohol abuse, nutrition, physical activity and tobacco are all ranked among the six most important challenges local government experience. Mental health is ranked second and social meeting places are ranked as number five. Challenges related to living conditions are ranked higher than challenged related to social and physical environments (table 4.9). Neither for regional nor for local authorities is there accordance between what is considered to be challenges and the main priorities made in plans.

Knowledge and overview on the state of health

12 of 19 regional authorities have made an overview on the state of health in their county. As the reason for not making the overview, some notify that they do not have the sufficient knowledge. In those counties that have an overview they use it to discuss goals and strategies as well as giving contributions to regional development (table 3.5). 71 per cent of municipalities have not made an overview on the state of health, while about 20 per

cent have (figure 4.6). Those who have made one have used different sources: The municipal-state-report data (Kostra) and municipal health profile data is most often used. More than 60 per cent of local authorities respond that they need more knowledge about the state of health and health determinants in their municipality (figure 4.7). Those who have made an overview mainly use it to develop measures and to discuss goals and strategies to promote health (table 4.12).

Instruments

In addition to strategic priorities and planning, regional and municipal authorities control two additional coordination instruments, namely inter sectorial work groups for health promotion and different forms of cooperation, as partnership work.

At the regional level, the units for health promotion and dental health care most often cooperate in inter sectorial work groups for health promotion. Thereafter comes unit for outdoor life/sports/culture and third comes education. Planning is involved in inter sectorial work groups in 12 regional governments (table 3.3). In municipalities health promotion clinics and school health services are most involved in inter sectorial work groups, thereafter units for culture/sports and schools. Units for planning/environments/technical are very seldom involved in inter sectorial work groups for health promotion.

Partnership work is an instrument to be used and all regional authorities had entered into partnerships with the Health Directorate in 2007 and started to establish partnerships with local authorities within their own geographical territory. 59 per cent of municipalities had entered into partnerships with regional authorities at the end of 2011. There is frequent contact between local authorities and especially sports and outdoor recreation organizations on matters according to health promotion.

Organization of health promotion

At the regional level, it varies what units are accorded with the responsibility for health promotion. The unit mentioned most often is unit for culture, thereafter the planning unit. Some regional authorities disperse resources on many units. In municipalities the health department most often is accorded with

the responsibility for health promotion and the department leader or the chief medical officer most often also is the leader of the public health coordinator (46 per cent). When this is seen in connection with the fact that part time positions as public health coordinators is combined with positions in the health department, health promotions can be characterized as strongly health oriented.

Regional authorities support of local health promotion

Regional authorities are to support local health promotion and to initiate health promotion work in their territory. The supportive work among others consists of helping local authorities with their overview on state of health and determinants for health. We have as well asked about guidance, the arranging of seminars and networks between municipalities. All regional authorities notify to work with these two functions. But they also have established a grant regime for local governments that enter into partnerships, and they respond to single issue requests from local authorities. Some work with establishing competence and further education on health promotion (table 3.11). Most local authorities experience that the activity of giving economic support is important (75 per cent), next comes the arrangement of seminars and conferences and third comes the establishment of partnerships. Knowledge on the determinants of health comes sixth and the actual development of measures to promote health comes last (table 6.2).

Physical activity appears to be the most important issue of contact between regional and local authorities (table 3.12), this is in accordance with the opinion of local authorities. Next comes nutrition and tobacco, substance and alcohol abuse comes sixth (table 6.3).

Social inequalities in health

Local authorities experience service provision in the health promotion clinic, school health services, social work and health clinic for youth to be spurred by the reduction of social inequalities in health.

1 Bakgrunn og problemstillinger

1.1 Bakgrunn

Ny Folkehelselov ble satt i verk 01.01.2012. Da hadde folkehelse vært forholdsvis høgt på agendaen både nasjonalt og internasjonalt i fire tiår. Folkehelseloven er en av to lover som styrer iverksettingen av Samhandlingsreformen på helsesektoren og skal anspore kommunene til å satse på helsefremmende arbeid og forebygging for å hindre sykehusinnleggelser. Foreliggende rapport er en kartlegging av kommuners og fylkeskommuners arbeid med folkehelse spørsmål før den nye Folkehelseloven trådte i kraft. Datainnsamlingen er derfor gjennomført høsten 2011.

Iverksettingen av Folkehelseloven, i januar 2012 vil medføre endringer i måten norske kommuner og fylkeskommuner arbeider med helserelaterte spørsmål. Folkehelse skal stå i forgrunnen og skal inkluderes i kommunenes og fylkeskommunenes alminnelige funksjoner. Endringene vil på denne måten gripe inn i samspillet mellom nivåer, men også mellom sektorer fordi loven innebærer at bl.a. arealutvikling, planlegging, administrasjon og tjenesteyting skal inkludere folkehelse i sine daglige aktiviteter. En lang rekke aktører på flere nivåer og i flere sektorer må altså arbeide sammen for å nå disse målene.

Kartleggingen er både en kartlegging av de erfaringene kommuner og fylkeskommuner har gjort i løpet av den tiden folkehelse har vært på den politiske agendaen i Norge, og den er etableringen av en baseline for framtidig evaluering av kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid. Kartleggingen skal altså danne grunnlag for sammenligninger over tid og være et målepunkt for de

endringer det forventes at kommuner og fylkeskommuner gjennomfører for å imøtekomme kravene i Folkehelseloven av 2011.

1.2 Tema i kartleggingen

En ny lov innebærer at sentrale myndigheter setter mål for og regulerer kommunenes iverksetting av folkehelsearbeidet (Helgesen og Hofstad, 2011, Laffin, 2009, Sommerville and Haines, 2008, Vedung, 1998). Det regionale nivået, som i dette tilfellet omfatter både fylkesmenn og fylkeskommuner, vil begge koordinere kommunenes arbeid. Styringslinjen mellom staten og kommunene går via fylkesmannen, mens fylkeskommunene skal iverksette tiltak horisontalt på fylkesnivå og understøtte og være pådriver for tiltak i den vertikale relasjonen mellom fylkeskommuner og kommuner. Både på fylkeskommunalt og kommunalt nivå involverer iverksettingen flere aktører som kan ta horisontale initiativer mot frivillige organisasjoner og markedsaktører (Hofstad, Helgesen og Bergem, under arbeid, Hofstad og Vestby, 2009, Andersen og Røisland, 2008), samt at iverksetting av folkehelsearbeid vil kreve tverretattlig samarbeid på både fylkeskommunalt og kommunalt nivå.

I rapporten ser vi nærmere på 7 temaer i kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid¹. Disse er:

- Ressurser i kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid
- Utfordringer og strategiske prioriteringer
- Kommuners og fylkeskommuners arbeid med å skaffe seg oversikt over helsetilstanden og faktorer som påvirker helsen
- Virkemidler i folkehelsearbeidet
- Organisering av folkehelsearbeid
- Fylkeskommunens rolle som understøtter av kommunalt folkehelsearbeid
- Sosial ulikhet i helse

¹ For konkrete problemstillinger se vedlegg 1.

Disse rammes inn av temaene kunnskapsbasert folkehelsearbeid, påvirkningsperspektivet på folkehelsearbeid, det systematiske folkehelsearbeidet og samstyring i folkehelse.

1.3 Rapportens oppbygging

Kapittel to presenterer noen perspektiver på folkehelse som skal ramme inn problemstillingene. Kapittelet inkluderer en presentasjon av lovverk som har hjemlet kommuners og fylkeskommuners arbeid med folkehelse spørsmål siden 1982. Det er et spesielt fokus på Folkehelseloven fra 2011. Her gjøres det også noen metodiske vurderinger, samt at de operasjonaliseringene av folkehelse som vi har benyttet i spørreskjema og rapport presenteres.

Kapittel tre presenterer fylkeskommunenes arbeid med folkehelse. Kapittel fire er det første av tre kapitler om kommunalt folkehelsearbeid. Her presenteres ressurser i det kommunale arbeidet. Kapittel fem presenterer tiltak for koordinering og samordninger, mens kapittel seks er en presentasjon av samstyringsmekanismer som tas i bruk i folkehelsearbeidet. Kapittel sju er en avsluttende drøfting av rapportens empiriske kapitler i sammenheng med temaene som utgjør rammen.

2 Perspektiver på folkehelse

2.1 Et kunnskapsbasert folkehelsearbeid

I januar 2012 ble Folkehelseloven (Lov nr. 29, 24.06.2011) satt i verk. Loven er en del av Samhandlingsreformen og har blant annet som målsetting at kommunene skal drive et kunnskapsbasert og målrettet folkehelsearbeid for å fremme helse og forebygge sykdom. Loven spesifiserer roller for de ulike nivåene i styringssystemet; kommuner, fylkeskommuner og stat. I lovens paragraf 4 sies det at kommuner 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 sine oppgaver og ta i bruk de virkemidlene de er tillagt for eksempel ved lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Paragraf 5 sier at kommunene skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan påvirke denne. Den spesifiserer også hvilke typer data oversikten skal baseres på. Disse er blant annet data som gjøres tilgjengelig fra stat og fylkeskommuner, kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene og kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse. Oversikten skal være skriftlig, den skal identifisere folkehelseutfordringene i kommunen og den skal vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Videre skal kommunene spesielt være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer, eller sosiale helseforskjeller. Paragraf 7 sier at kommunene skal iverksette nødvendige tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer. I rundskrivet angående ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdeparte-

mentet, 2011) spesifiseres disse til å omfatte tiltak knyttet til oppvekst og levekår som bolig, utdanning, arbeid, inntekt, fysiske og sosiale miljøer, fysisk aktivitet, ernæring, skader og ulykker, tobakksbruk, samt alkohol og annen rusmiddelbruk. Lovens paragraf 8 peker på at kommunene skal videreføre sitt arbeid med miljørettet helsevern som omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. De omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer.

I paragraf 20 presiseres fylkeskommunenes oppgaver i folkehelsearbeidet. De skal fremme folkehelse innenfor de oppgaver og med de virkemidlene de har. Det skal skje gjennom regional utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting og tiltak som kan møte fylkets folkehelseutfordringer. Fylkeskommunene skal også ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og positive og negative faktorer som påvirker den. Oversikten fylkeskommunene skal ha, skal blant annet baseres på opplysninger som statlige myndigheter gjør tilgjengelig, kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunenes virksomhet som har betydning for folkehelsen. På samme måte som den kommunale oversikten skal også denne være skriftlig, den skal identifisere utfordringer i fylket og vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Fylkeskommunen skal også være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale og helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. Oversikten skal inngå som grunnlag for fylkeskommunal planstrategi (§ 21). Fylkeskommunen gis rollen som pådriver for og samordner av folkehelsearbeidet i fylket, og partnerskap nevnes som eksempel på hvordan dette kan gjennomføres (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011).

I KommuneLOven er fylkeskommunen behandlet som en primærkommune på samme måte som kommunene. Det vil si at de har ansvar på tjenesteområder som i liten grad overlapper med kommunenes tjenester. Samtidig har fylkeskommunene et generelt ansvar for å være regional utviklingsaktør, og i den rollen kan de framstå som pådrivere overfor kommunene vertikalt og overfor både andre offentlige, samt private og frivillige aktører horisontalt på fylkesnivå. I rollen som regional utviklingsaktør har de for eksempel et ansvar for å initiere partnerskap på ulike områder, og de inngår som aktører i NAV-partnerskapene (Fimreite, 2011,

Andreassen og Fossestøl, 2010, NOU2000:22, Lov nr.107 1992). I pådriverrollen ligger det ikke at fylkeskommunene har instruksjonsmyndighet overfor kommunene, det kan imidlertid fylkesmannen ha i sin rolle som statens representant regionalt.

Fylkesmannen er sentral i styringslinjen og skal bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid på lokalt og regionalt nivå. Dette skal gjøres blant annet ved å gi råd og veiledning til kommuner og fylkeskommuner (§ 23). Fylkesmannen har også ansvar for kontroll og tilsyn og er i kontakt med kommunene innenfor sitt geografiske område også i den sammenhengen.

Statlig nivå skal vurdere konsekvenser for befolkningens helse der det er relevant. Helsedirektoratet skal følge med på forhold som påvirker folkehelsen, bidra til å iverksette politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Blant annet skal det utvikles nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid. Folkehelseinstituttet skal overvåke utviklingen av folkehelsen, utarbeide oversikt over befolkningens helsetilstand og faktorer som påvirker helsen og drive forskning. Instituttet skal gjøre tilgjengelig opplysninger som grunnlag for kommunenes og fylkeskommunenes oversikter. De skal være basert i sentral statistikk og helseregistre (§§ 22, 24 og 25).

Bestemmelsene om at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert bygger på tidligere bestemmelser gitt i Lov om helsetjenester i kommunene vedtatt i 1982 og iverksatt i 1984. Denne loven omfattet fire tjenester: helsetjenester til innbyggerne, sosiale tjenester, rehabilitering og forebygging (Heløe, 2010, Lov nr 66, 19.11.1982). Hjemlet i loven inngikk kommunene avtaler med leger, etablerte helsestasjoner og skolehelsetjeneste og begynte å bygge ut ett sett av sosial- og omsorgstjenester. Rehabilitering og forebygging ut over helsestasjonsvirksomheten ble i stor grad ikke gjennomført, og i 1987 ble loven endret til også å omfatte etablering av oversikt over helsetilstanden i befolkningen. I NOU 1984:28, som utgjorde deler av forarbeidene til loven, ble begrepet om kommunediagnose utarbeidet og det ble gitt en ganske detaljert beskrivelse av hvordan det burde arbeides i kommunene for å få på plass en slik diagnose, altså en oversikt over helsetilstanden i kommunene. At folkehelsearbeidet lokalt og regionalt skal være kunnskapsbasert er altså ikke nytt.

Lov om fylkeskommunenes rolle i folkehelsearbeidet er en forløper til Folkehelseloven og ble iverksatt i januar 2010. Loven om fylkeskommunenes rolle spesifiserte i stor grad den samme rollen for fylkeskommunene som Folkehelseloven og la et grunnlag både for arbeidet med samordning av folkehelsearbeidet i fylket og den oversikten over helsetilstand og positive og negative faktorer som kan påvirke helsen (Lov nr. 65, 19.06.2009). Denne loven hjemlet i stor grad trekk ved folkehelsepolitikken som var satt i verk som forsøk i arbeidet med å følge opp Stortingsmelding nr. 16 2002-2003. De viktigste tiltakene der var Helse i Plan, Helsekonsekvensutredninger, Kommune-helseprofiler og Partnerskap for folkehelsen. Kommune-helseprofilene var et ledd i å gjøre det lokale folkehelsearbeidet kunnskapsbasert. Helsedirektoratet arbeidet med profilene og de var satt sammen av data fra diverse helseregistre og data som kommunene rapporterte som en del av den pliktige rapporteringen, som Kostra, og data som SSB gjorde tilgjengelig. I presentasjonene var data brutt ned på kommunalt nivå og tilpasset slik at det skulle være enkelt for kommunene å hente ut data for sin kommune. Data var sammenlignbare og kommunene kunne sammenligne seg med andre kommuner, med regioner, med fylket og med nasjonalt gjennomsnitt. Kommune-helseprofilene ble ikke kjent i en slik grad at kommunale representanter brøt med sitt etablerte system for å hente inn data og tok i dem i bruk (Helgesen m.fl. 2008). Helse i Plan var et forsøk der kommuner arbeidet med å integrere helse i planarbeidet. Det var ca. 30 kommuner med i dette forsøket og denne måten å arbeide på er nå integrert i Folkehelseloven (Hofstad, 2011).

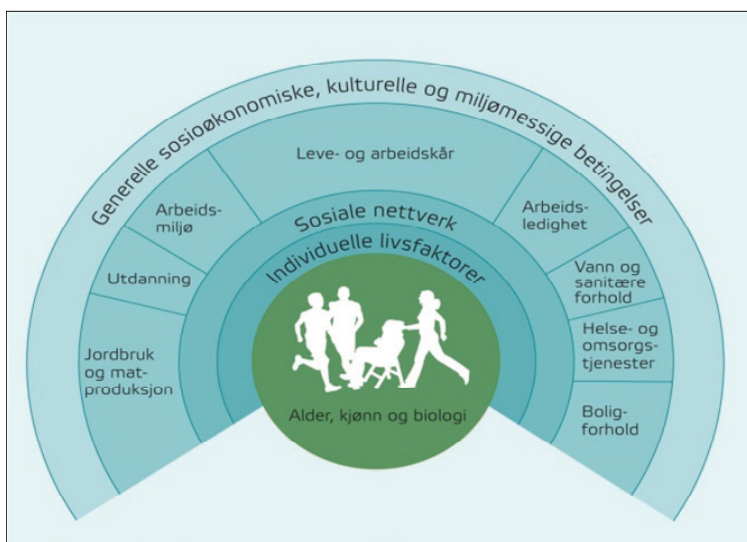
2.2 Påvirkningsperspektivet

Helsedirektoratet peker på at helsetilstanden i Norge er betydelig forbedret de siste 100 år og at dette kommer til syne først og fremst gjennom en økning i levealderen. Denne økningen er imidlertid størst blant grupper med høy inntekt og høy utdanning. Blant utfordringene Norge står overfor på folkehelseområdet er kroniske sykdommer, både blant innvandrergupper og etniske nordmenn, forskjeller i levekår og helseatferd, psykisk helse, demens, skader og ulykker, vold, smittsomme sykdommer, ikke-smittsomme sykdommer, samt endringer i klima. Noen av disse utfordringene kan knyttes til prosesser av globalisering som

influenzaviruset H1N1, samtidig som de også er utfordringer som kan knyttes spesifikt til vårt norske samfunn (Helsedirektoratet, 2010).

Dette mangfoldet av utfordringer kan ikke løses ved ensidig å fokusere på et sykdomsperspektiv der innsatsen rettes mot å forebygge konkrete sykdommer, men arbeidet bør foregå i et påvirkningsperspektiv der oppmerksomheten rettes mot bakenforliggende materielle faktorer og risikofaktorer som påvirker helsen og fordelingen av helse i befolkningen (Helsedirektoratet, 2010). Påvirkningsperspektivet viser til at det er mange faktorer i samfunnet som påvirker helsen og det kan framstilles som figur 2.1. Dette er Helsedirektoratets bearbeiding av Dahlgren og Whiteheads figur fra 1991.

Figur 2.1 *Helsens påvirkningsfaktorer*



Figur 2.1 viser hvordan helsens påvirkningsfaktorer legger seg utenpå hverandre med de individuelle livsfaktorene nærmest individet, sosiale nettverk samt leve- og arbeidskår som mellomliggende faktorer og de generelle økonomiske, kulturelle og miljø-

messige betingelser i den ytterste sirkelen. Levekår inneholder temaer som har betydning for inntekt, arbeid og utdanning, mens sosialt miljø består av temaer med betydning for oppvekstvilkår. Dermed betegner levekår og sosialt miljø det man i helseårsakskjeden kaller for materielle og sosiale ressurser. Levevaner og fysisk miljø inneholder temaer knyttet til risikofaktorer for helse. Fysisk aktivitet, et sunt kosthold, begrenset alkoholinntak, lav eksponering for ulike former for forurensning og tilgang på grønt- og friluftsområder er eksempler på faktorer som er viktige sykdomsforebyggende tiltak. Disse temaene kan dermed knyttes til helseårsakskjedens andre ledd.

Helseårsakskjeden grupperer de sosiale helsedeterminantene i en tre-leddet kjede av påvirkningsfaktorer der materielle og sosiale ressurser (det første leddet) sees på som mer grunnleggende for helsen enn risikofaktorer (andre ledd) og tjenester (tredje ledd) (Helsedirektoratet 2010:40). Kjeden viktigste budskap er at jo lenger en klarer å flytte innsatsen bakover i kjeden, jo større mulighet er det å lykkes med å angripe helseproblemer ”ved roten” (Helsedirektoratet 2010:52). Når fokuset flyttes bakover i årsakskjeden skjer det samtidig et skifte fra helsesektorens kurative virksomhet til andre samfunnsaktørers bidrag til helse og helsens fordeling i befolkningen. Dermed aktualiseres behovet for samarbeid på tvers. En slik strategi bidrar til å lette presset på helse-tjenestene fordi en reduserer antall mennesker som utvikler sykdom gjennom forebygging tidligere i årsakskjeden. Overgangen fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv bidrar til å gjøre folkehelsearbeid til et tverrsektorielt og tverrfaglig anliggende fordi påvirkningsfaktorer finnes på mange ulike samfunnsarenaer – i folks levevaner, deres levekår og i det sosiale og fysiske miljøet de fungerer i. Helse skal dermed være med i ”alt vi gjør” (health in all policies).

Folkehelseloven viser til at folkehelsearbeidet skal være basert i det som kalles «nødvendig oversikt» over folkehelsen. Det impliserer at det lages en oversikt over de faktorer som påvirker helsen. Som figur 2.1 viser er det individuelle livsfaktorer, sosiale nettverk, leve- og arbeidskår, samt generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige faktorer. Temaene vi opererer med i denne undersøkelsen er en operasjonalisering av disse faktorene.

Mange av faktorene figuren viser til er sosialt skjevfordelt mellom individer og grupper av individer. I St. meld. nr. 20 2006-2007 vises det til at "helse varierer systematisk med utdanningsnivå, yrkesgruppe eller inntektsnivå" (St.meld. nr. 20, 2006-2008:12). De systematiske forskjellene i helse mellom sosioøkonomiske grupper i befolkningen har fått betegnelsen "sosial ulikhet i helse" og er spesielt vektlagt som utfordring i dagens norske folkehelsebilde. Begrepet kom på agendaen i Norge med St.meld. nr. 16, 2002-2003 der et lite avsnitt lanserte det som problemstilling for norsk folkehelsepolitikk.

Sosiale helseforskjeller betyr ikke bare at økonomisk dårlig stilte grupper har dårlig helse, det er ikke bare «de fattige» dette angår, men det kan spores en «kontinuerlig økning av helseplager med synkende sosioøkonomisk status gjennom hele befolkningen» (St.meld. nr. 20, 2006-2007). At sykdom og dødelighet varierer med sosioøkonomisk status kalles også «gradientutfordringen» (Fosse og Strand, 2010). Begrepet om sosiale ulikheter i helse peker nettopp på at helsens bakenforliggende faktorer, for eksempel strukturelle forskjeller knyttet til levekår og miljø påvirker helse og helseatferd. Begrepet peker mot fordelingsperspektivet i folkehelsepolitikken – at det bør sikres en så rettferdig økonomisk fordeling mellom grupper i befolkningen at faktorer som påvirker helsen jevnes ut.

I norsk folkehelsepolitikk er det pekt ut fire innsatsområder for å redusere sosiale ulikheter i helse. Disse er for det første å redusere de sosiale forskjellene som bidrar til helseforskjeller, innsatsområdene er utdanning, yrke og inntekt. Dette er strukturelle variable. For det andre å redusere sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester. Det tredje innsatsområdet er å utvikle en målrettet innsats for sosial inkludering og det fjerde er å utvikle kunnskap og sektorovergripende verktøy (St. meld. nr. 20 2006-2007). Dette betyr at mange tiltak som settes i verk innenfor folkehelsepolitikken vil bidra til å redusere den sosiale ulikheten, for eksempel den etableringen av kunnskap om folkehelse som nå pågår, men også det å utvikle verktøy som partnerskap og tverrsektorielle arbeidsgrupper vil inngå i den helhetlige strategien for å redusere sosiale ulikheter i helse.

2.3 Systematisk folkehelsearbeid

Betydningen av å se folkehelseutfordringer og samfunnsplanlegging i sammenheng har blitt tydeliggjort i de siste årenes folkehelse- og planleggingspolitikk. Folkehelsemeldingen (St.meld.nr. 16, 2002-2003) som kom i 2002 understreket betydningen av å forankre folkehelse i planleggingen etter plan- og bygningsloven. I plan- og bygningsloven fra 2008 defineres folkehelse som et formål for planleggingen. Nærmere bestemt heter det at planer etter plan- og bygningsloven skal: ”Fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet” (Lov nr. 71 27.06.2008, § 3-1 f).

Fylkeskommunene er gitt et særskilt ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid og samtidig bidra til regional utvikling gjennom blant annet å lage en regional planstrategi og regionplan. På kommunalt nivå er både planstrategien og flere planformer under plan og bygningsloven relevante for folkehelsearbeidet. Den kommunale planstrategien skal trekke opp strategiske valg i forbindelse med samfunnsutviklingen i kommunen; kommuneplanens samfunnsdel tar stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier og skal være et grunnlag for virksomhetene i kommunen; delplaner formulerer mål og strategier i forhold til utvalgte temaer og kan således inngå som et grunnlag for kommuneplanens samfunnsdel; arealplanen viser sammenhengen mellom samfunnsutviklingen og framtidig arealbruk; økonomiplanen skal gi en realistisk oversikt over sannsynlige inntekter, forventede utgifter og prioriterte oppgaver i planperioden.

Planstrategien og planformene er relevante i folkehelsearbeidet på ulike måter. Planstrategien, kommuneplanens samfunnsdel og en eventuell delplan for folkehelse gir mulighet til å løfte fram folkehelse som et viktig fokusområde for kommunen. Arealplanleggingen viser den fysiske allokeringen av ulike arealformål og legger dermed betingelsene for å skape helsefremmende lokalsamfunn i fysisk forstand. Økonomiplanen allokere ressurser til prioriterte formål og virksomheter og angir dermed de økonomiske betingelsene for folkehelsearbeidet.

Hvordan koblingen mellom planleggings- og folkehelseaktiviteten konkret skal foregå har vært mindre artikulert. Folkehelseloven

tydeliggjør dette. I folkehelseloven snakker en om *det systematiske folkehelsearbeidet* som skal styrke folkehelse i politikk- og samfunnsutviklingen gjennom forankring i planarbeidet på regionalt og lokalt nivå (Prop 90L, 2010-2011:11). En viktig brikke er det en kaller for oversiktsarbeidet hvor fylker og kommuner utarbeider en oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som skal gå inn som et grunnlag for prioriteringer i regional og kommunal planstrategi, deretter for mål i planer som etterfølges av tiltaksutvikling og evaluering (Helse- og omsorgsdepartementet udatert). Bakkenforliggende faktorer for helse, altså de sosiale nettverkene, leve- og arbeidskårene samt de generelle betingelsene, skal belyses tilstrekkelig for å synliggjøre sosiale helseforskjeller slik at det kan utvikles tiltak for å gjøre noe med dem. Gjennom koblingen til planlegging kan oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer også brukes inn mot det som kommer til å bli sentrale målsettinger i Lov om helse- og omsorgstjenester og hjelpe kommunene til å ivareta sitt «sørge-for-ansvar» i henhold til ansvaret den får for å yte slike tjenester til befolkningen etter 01.01.2012 (Lov nr. 30 24.06.2011).

Som vi har sett over har et slikt oversiktsarbeid vært integrert i folkehelsepolitikken også tidligere, i kommunehelsetjenestelovens paragraf 1-4 som nå er erstattet av folkehelseloven. Det som imidlertid er nytt med folkehelseloven er at koblingen til planleggingen er tydeliggjort. Videre er Folkehelseinstituttet og fylkeskommunenes støttefunksjon i forbindelse med innsamling av data konkretisert. Folkehelseinstituttet skal årlig utarbeide statistikk for kommunene på ulike helseindikatorer (Ibid:21). Fylkeskommunene har ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid, blant annet gjennom å utføre fylkesundersøkelser (Ibid:25).

2.3.1 Samstyring i folkehelse

Det har vært en økt oppmerksomhet og praktisering av det den internasjonale litteraturen kaller for governance, eller *samstyring* på norsk (Røiseland og Vabo 2008). Utgangspunktet er en observert overgang eller forskyvning av offentlig styring fra tradisjonell vertikal styring med utgangspunkt i representative organer til styring som en mer dynamisk og pragmatisk aktivitet basert på horisontale relasjoner mellom offentlige, sivile og private aktører (Røiseland 2011). Slik samstyring er basert på en anerkjennelse av en gjensidig avhengighet mellom aktørene for å kunne realisere

samfunnsmessige mål eller produsere felles goder (Sørensen og Torfing 2009, Røiseland og Vabo 2008). Særlig i forhold til komplekse utfordringer som folkehelse har det blitt tydelig at ingen enkelt aktør har tilstrekkelig kunnskap og informasjon til å kunne løse problemet, ingen har god nok oversikt over problemet til å utforme nødvendige virkemidler og ingen av aktørene har tilstrekkelig handlingsrom til å kunne håndtere problemet alene (Kooiman 1993:4). Snarere er en avhengig av at flere drar i samme retning. En måte å legge til rette for slik felles innsats på, er gjennom å etablere mer eller mindre formaliserte former for samarbeid. Her er et bredt spekter av samarbeidsformer mulig, fra kontraktsbasert samarbeid som partnerskap er et eksempel på, til mer ad hoc preget samarbeid i enkeltsaker. Vi har forsøkt å ha en slik bred inngang til samarbeid i spørreskjemaene.

Samstyring er en måte å fange den tverrsektorielle karakteren folkehelsearbeidet har. Arbeidet for å styrke folkehelsen inkluderer flere sektorer i kommuner og fylkeskommuner, samt at det involverer frivillig sektor og markedsaktører. For å synliggjøre dette og for å løfte folkehelse ut av kommunal helsesektor ble partnerskapene lansert i som et forsøk i 2004. De skulle tydeliggjøre kommunenes ansvar og forankre folkehelse i alminnelige administrative og politiske prosesser i kommunene (Helgesen og Hofstad, 2012, Helsedirektoratet, 2011, St.meld. nr. 16, 2002-2003). Helsedirektoratet inviterte fylkeskommuner til å bli partnerskapsfylker og fylkene inviterte på sin side kommunene innenfor sitt geografiske område til å inngå i partnerskap med dem. Det ble gitt tilskuddsmidler både fra Helsedirektoratet til fylkene og fra fylkene til kommunene. I 2007 var alle fylker partnerskapsfylker med Helsedirektoratet, og de fleste tok initiativ til å etablere partnerskap med «sine» kommuner (Hofstad og Vestby, 2009). I 2010 ble tilskuddsmidlene til partnerskap inkludert i fylkeskommunenes økonomiske rammer (Helsedirektoratet, 2011).

Partnerskap er en samstyringsteknologi (Røiseland og Vabo, 2008). Det vil si at partnerskapet er en ikke-hierarkisk koordinering av ressurser fra både offentlige og private sektor, der ressursene gis felles retning og mening i et samspill mellom ulike aktører. Samstyring som partnerskap peker på at deltakerne er gjensidig avhengige, at forhandling tas i bruk som beslutningsform og det offentlige er involvert i koordineringen for å gi arbeidet en felles retning og mening. Offentlige myndigheters styringsambisjoner

kan altså synliggjøres i partnerskapet og det vil dreie seg om planlagt og målorientert aktivitet (Røiseland og Vabo, 2008:91-92). Partnerskap peker også på at deltakerne er likeverdige og forhandling som beslutningsform peker på at det er rom for lokal tilpasning og muligheter nettopp for at kommuner kan delta med samstyring og definere hvordan den lokale folkehelsepolitikken skal utformes og hva som skal være innholdet i den (Sommerville and Haines, 2008). Helsedirektoratet (2011) definerer partnerskap i folkehelse på følgende måte:

Et partnerskap er en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål (s. 11).

Over tid har betydningen av partnerskap blitt tonet ned noe. I folkehelseloven understrekes det at partnerskap er et eksempel på hvordan samarbeid i lokal og regional folkehelsepolitikk kan ordnes. Partnerskapet vil imidlertid ha en fordel framfor for eksempel prosjektorganisering, som også er framtreddende i folkehelsearbeidet, fordi det kan sikre kontinuitet, likeverd mellom parter og avklare roller og forventinger til deltakerne. Den tverrsektorielle karakteren til folkehelsearbeidet ivaretas også med samarbeid innad i en kommunes eller fylkeskommunes politiske og administrative institusjoner. Partnerskap kan også brukes om slikt samarbeid, men vi har foretrukket å bruke betegnelsen tverrsektorielt samarbeid eller arbeidsgrupper om dette. Organisasjoner kan inviteres til deltakelse i partnerskap, men samarbeidet kan også organiseres på andre måter.

2.4 Metodiske vurderinger

Undersøkelsen bygger på data fra en elektronisk spørreundersøkelse sendt til alle norske fylkeskommuner og kommuner. Elektronisk spørreskjema gir respondentene mulighet til å bruke tid på å svare og eventuelt trekke inn kollegaer ved behov. Dette er viktig ikke minst når man skal svare på spørsmål om folkehelsearbeid som er tverrfaglig og tverrsektorielt, og derfor krever innhenting av informasjon fra flere medarbeidere. Samtidig er det ressursbesparende både for respondenten og forskeren: respondenten trenger bare å forholde seg til de spørsmålene som er relevante for dem, og blir geleidet videre i skjema forbi ikke-

relevante spørsmål, mens forskeren slipper manuell etterbehandling av spørreskjemaene. Imidlertid reiser slike undersøkelser spørsmålet om hvordan komme i kontakt med de respondentgruppene en ønsker å nå. Én mulighet er å finne fram til lister med kontaktinformasjon til de ønskede respondentgruppene slik at undersøkelsen kan sendes direkte til deres e-postadresse. Denne modellen ble valgt i undersøkelsen til fylkeskommunene. Her hadde fylkesmennene kontaktinformasjon som vi fikk tilgang til. I kommuneundersøkelsen ble dette ikke valgt av tre grunner. For det første er et problem med slike lister at de lett blir utdaterte. Folk skifter jobb og listene må derfor oppdateres ofte hvis de skal kunne brukes. Med et så betydelig antall kontaktpersoner kan det være vanskelig å sikre at informasjonen stemmer. Videre viste det seg vanskelig å få tak i komplette lister til den ansvarlige for folkehelse i kommunene. For det andre fikk vi innspill under testingen av spørreskjemaet om at en ønsket at kommunene som sådan skulle være mottaker av skjemaet, gitt folkehelsearbeidets sektorovergripende karakter. Dette innspillet valgte vi å være lydhøre til. Undersøkelsen ble derfor sendt til alle kommuners postmottak, men stilet til rådmannen. Det har dermed vært opp til rådmannen om han/hun ønsket å svare selv eller om hun/han ønsket å sende skjemaet videre til den i egen organisasjon som ble vurdert som mest egnet til å svare.

Framgangsmåten med å sende elektronisk spørreskjema til kommunens postmottak for at de skal sende det videre, har også sine svakheter. For det første har vi vært nødt til å stole på postmottakets vurderinger. Av personvern hensyn har vi ikke integrert et spørsmål om respondentens arbeidsoppgaver, noe som kunne være et mål på undersøkelsens treffsikkerhet. Det betyr at vi ikke vet hvem som i siste instans har besvart skjemaet, noe som er viktig å ha i mente ved tolkningen av dataene. Med det undersøkelsesopplegget som er valgt vil det være riktig å vurdere svarene som et uttrykk for kommunens samlede vurdering av ulike sider ved eget folkehelsearbeid. Det vi vet er imidlertid at alle henvendelser vi har fått fra respondentene underveis, mens undersøkelsen var ute, har vært fra ansatte involvert i kommunens folkehelsearbeid.

Det er også slik at enkelte kommuner har sterke brannmurer som det er vanskelig å komme igjennom ved henvendelse til post-

mottak. I denne undersøkelsen ble det håndtert fordi representanter for kommuner, ad andre veger, fikk opplysninger om at denne undersøkelsen var ute, og tok kontakt med oss for å få svare. Vi har derfor sendt undersøkelsen direkte til ansvarlige for folkehelse i en del kommuner. Fordi vi også har behandlet alle Oslos bydeler som enheter i undersøkelsen og Oslo kommune sentralt som en region, er det sendt ut flere spørreskjema enn til de 430 kommunene som var registrert fram til 31.12.2011. Dette øker antallet kommuner i materialet som er store, dvs. over 35 000 innbyggere. Dette er høyere i denne undersøkelsen enn i undersøkelser der Oslo inkluderes som bare en kommune. Fordi vi har fått forholdsvis få svar fra kommuner i denne kategorien er den underrepresentert i undersøkelsen.

Undersøkelsenes svarprosent er et mål på om vi har lyktes med kvalitetssikring. For fylkeskommunene er den på 100 prosent, 19 av 19 fylker har svart på undersøkelsen. For kommunene er den naturlig nok lavere. 249 kommuner har gjennomført hele undersøkelsen, det vil si en svarprosent på 58 prosent. Imidlertid har 374 kommuner svart på deler av undersøkelsen, noe som tilsvarer en svarprosent på 87 prosent. Disse tallene kan sies å være respektable, ikke minst gitt folkehelse temaets kompleksitet. Likevel er det indikasjoner på at en viss trøtthet har bredt seg blant respondentene i møte med skjemaet. Hvis vi ser på svarprosenten for hvert av spørsmålene og sammenligner den ut over i skjemaet, er det tydelig at en del faller fra. Det vil si at svarprosenten på de første spørsmålene er høyere enn på de siste spørsmålene. Dette er ikke en fare for representativiteten slik vi vurderer det. Imidlertid kan respondentenes iver etter å finne fram til riktig svar falle når en blir utsatt for et omfattende skjema som dette. Dette er en påminnelse om betydningen av å bestrebe seg på å lage et så enkelt skjema som overhodet mulig. Vi har forsøkt å etterstrebe dette, men resultatene viser at balansen mellom behovet for å fange folkehelsearbeidets bredde og respondentenes kapasitet kunne vært ennå bedre.

En utfordring i utformingen av spørreskjemaet til denne undersøkelsen har vært å finne en god balanse mellom hensynet til å dekke folkehelsearbeidets bredde og hensynet til respondentens kapasitet til å svare. Med et så komplekst felt som folkehelse kan skjemaet lett bli stort og gjøre oppgaven med å svare uhandterlig. Det er derfor viktig å operere med kategorier og spørsmål som

respondentene kjenner seg igjen i og som de kan svare på uten å bruke alt for lang tid. Vår kvalitetssikring i så henseende har bestått i å gå mange runder med fagpersoner, både oppdragsgiver, ansatte i fylkeskommunen og forskere. Resultatet står imidlertid forfatterne av rapporten ansvarlige for.

En siste utfordring er at folkehelse angår, og er en del av, tjenester kommuner og fylkeskommuner skal arbeide med uavhengig av om de har et aktivt folkehelsearbeid eller ikke. Dette gjelder blant annet skole og utdanning, barnehage, tannhelse, areal- og transportplanlegging og samferdsel/trafikk. I analysen av dataene er det derfor vanskelig å vite om kommunene har innrettet disse tjenestene med tanke på at de skal fremme god helse, eller om de kun rapporterer en normal aktivitet innenfor disse tjenestene. Akkurat i forhold til denne delen av folkehelsearbeidet må vi stole på at respondentene har krysset av for disse tjenesteområdene der folkehelseiltak faktisk er satt i verk. Men sikre kan vi ikke være fordi surveydata i liten grad gir kontekstuell kunnskap.

Denne rapporten rapporterer status i det fylkeskommunale og kommunale folkehelsearbeidet. Dermed er det i all hovedsak presentert enkle frekvensanalyser som gir et bilde av tilstanden i folkehelsearbeidet knyttet til problemstillingene som ble presentert i kapittel 1. Det er gjort noen krysskoblinger. For det første er disse gjort der det har vært interessant å se sammenhenger mellom folkehelsestatus og kommunestørrelse, men det er også gjort noen for å se sammenhenger knyttet til om kommuner har folkehelsekoordinator. Etter avtale med Helsedirektoratet er datamaterialet overlevert Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) og dermed gjort tilgjengelig for andre.

2.4.1 Operasjonalisering av folkehelse

For å kunne måles, må folkehelsebegrepet operasjonaliseres nærmere. Dette er en krevende øvelse idet folkehelse og folkehelsearbeid er vide begreper. Inspirert av de siste årenes nasjonale og internasjonale folkehelsepolitikk har norske helsemyndigheter kommet fram til følgende definisjoner på disse begrepene (Helsedirektoratet 2010:20):

Folkehelse er "... befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning".

Folkehelsearbeid er "... samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse".

I prinsippet kan dette bety alt som har med helse å gjøre i et samfunn, men en har valgt å avgrense folkehelsearbeid mot de kurative helsetjenestene i form av klinisk diagnostikk, behandling, pleie og omsorg (ibid). I sentrum står arbeidet med å fremme positive faktorer og hemme negative faktorer i forhold til helse. Dette omfatter tiltak i forhold til befolkningens levevaner og levekår, men også å styrke eller begrense sider ved det sosiale eller fysiske miljøet slik at også disse bidrar til god helse. Jfr. figur 2.1. En viktig forståelse som ligger til grunn for folkehelsearbeidet er derfor at helse skal være med i alt vi gjør fordi påvirkningsfaktorer er å finne i alle samfunnets sektorer: i fordelings-, arbeids-, utdannings og planleggingspolitikken for å nevne noen. Behovet for å samordne på tvers av sektorer blir dermed betydelig. Samtidig er ikke det nok. For å skape såkalte "støttende miljøer" er det offentlige avhengig av å mobilisere krefter i sivilsamfunnet og i næringslivet.

Og denne kompleksiteten har vi forsøkt å fange. Det sier seg selv at en slik operasjonalisering inneholder både tolkningsmangfold og kan virke utmattende på respondenten. Det vi har gjort er å finne fram til en rekke folkehelse temaer som antas å ha betydning for befolkningens levevaner, levekår og deres sosiale og fysiske miljø. Innholdet i denne lista har blitt diskutert med ulike aktører underveis, det har blitt lagt til og trukket fra før vi falt ned på temaene som er vist i tabell 2.1 og 2.2 for henholdsvis kommuner og fylkeskommuner.

Tabell 2.1 *Folkehelsetemaer i kommuneundersøkelsen.*

Temakategori	Folkehelsetema
Levevaner	Fysisk aktivitet Ernæring Tobakk Rus (alkohol og narkotika)
Levekår	Barnehage Skole og utdanning Bolig- og boligsosial forhold Deltakelse på arbeidsmarkedet Økonomiske forhold inkludert fattigdom Psykisk helse Helse- og omsorgstjenesten Smittevern Oppvekstmiljø Barnevern
Sosialt miljø	Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet Demografi Trygghets- og kriminalitetsforebygging Sosiale møteplasser/sosialt nettverk Kulturaktiviteter
Fysisk miljø	Støy, luft, vann og stråling Areal- og transportplanlegging/samferdsel Grønt- og friluftsområder Universell utforming Skader og ulykker

Tabell 2.2 *Folkehelsetemaer i fylkeskommuneundersøkelsen.*

Temakategori	Folkehelsetema
Levevaner	Fysisk aktivitet Ernæring Tobakk Rus (alkohol og narkotika) Tannhelse Seksuell helse
Levekår	Skole og utdanning Bolig- og boligsosial forhold Tilgang på arbeidsplasser Økonomiske forhold inkludert fattigdom Oppvekstmiljø
Sosialt miljø	Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet Demografi Trygghets- og kriminalitetsforebygging Sosiale møteplasser/sosialt nettverk Kulturaktiviteter Næringsutvikling Utvikling og formidling av kunnskap
Fysisk miljø	Miljøvern Areal- og transportplanlegging Samferdsel/trafikk Grønt- og friluftsområder Universell utforming Skader og ulykker

Disse operasjonaliseringene viser fylkeskommunale og kommunale aktiviteter som er relevante å trekke inn i folkehelsearbeidet.

Levevaner er operasjonalisert som fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og rus i tillegg til seksuell helse og tannhelse i fylkeskommuneundersøkelsen. Dette er det Dahlgren og Whitehead (1991) kaller individuelle livsstilsfaktorer og som utgjør kjerneområder i folkehelsepolitikken (St meld 16 2002-2003). *Levekår* inneholder

sosiale og økonomiske faktorer som påvirker helsen. Eksempler på virkemidler kommunene rår over er skole og utdanning, barnevern, barnehage samt hele spekteret av tjenester innenfor helse og omsorg. Slike faktorer har en indirekte kobling til folkehelse, bedres kvaliteten på tjenestene kan det ha en positiv effekt på helsen. *Sosialt miljø* er blant annet faktorer som medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet, sosiale møteplasser og kulturaktiviteter. Dette er faktorer som kan ha negativ eller positiv påvirkning på helsen alt ettersom det er tilrettelagt for medvirkning eller bygget ut kulturtiltak på lokalt, regionalt eller statlig nivå. Fysisk miljø inneholder fysiske faktorer med betydning for folkehelsen: Miljøvern, areal- og transportplanlegging, samferdsel/trafikk, grønt og friluftsområder, støy, luft, vann og stråling samt universell utforming.

Å identifisere og gruppere relevante folkehelse temaer er en utfordrende øvelse. Ikke minst overlapper kategoriene levekår og sosiale miljøer. Levekår kan ifølge Dahl og Fyhn (2000) defineres som:

- Helse og tilgang på medisinsk behandling
- Sysselsetting og arbeidsvilkår
- Økonomiske ressurser og forbruksvilkår
- Kompetanse og utdanningsmuligheter
- Familie og sosiale relasjoner
- Boligforhold og tilgang på tjenester i nærmiljøet
- Rekreasjon og kultur
- Sikkerhet for liv og eiendom
- Politiske ressurser og demokratiske rettigheter»

Denne definisjonen plasserer de økonomiske, sosiale og tjenestemessige betingelsene for folkehelse i levekårskategorien. Særlig overlapper de sosiale aspektene ved levekår med sosialt miljø. Passer for eksempel psykisk helse, oppvekstmiljø, sosiale møteplasser /sosiale relasjoner og kulturaktiviteter best i kategorien levekår eller under sosialt miljø? Vi har valgt å plassere psykisk helse og oppvekstmiljø under kategorien levekår fordi denne kategorien da innbefatter elementer som omhandler de nære arenaene med betydning for folkehelse: barnehage, skole, jobb,

bolig, oppvekstmiljø, psykisk helse og økonomiske betingelser. Sosialt miljø inkluderer det som kan kategoriseres som mer generelle samfunnsmessige betingelser for folkehelse. Dermed plasseres sosiale møteplasser/sosialt nettverk og kulturaktiviteter i denne kategorien sammen med blant annet trygghets- og kriminalitetsforebygging og medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet.



3 Fylkeskommunalt folkehelsearbeid

3.1 Innledning

Dette kapittelet viser resultatene fra fylkesundersøkelsen som ble sendt til fylkeskommunenes folkehelsekoordinatorer. Ulike sider ved fylkeskommunenes folkehelsearbeid belyses. Vi vil starte med å se på *betingelsene* for å drive folkehelsearbeid på fylkeskommunalt nivå ved å se på hvilke menneskelige, økonomiske og organisatoriske ressurser som legges inn i folkehelsearbeidet. Videre retter vi fokus på *utfordringsbildet* i fylkeskommunene og hvorvidt de er i gang med *oversiktsarbeidet*. Deretter ser vi på viktige elementer i *samordningen* av folkehelseinnsatsen: Det tverrsektorielle folkehelsearbeidet, koblingen mellom folkehelse og samfunnsplanleggingen, samt samarbeid med frivillige organisasjoner. Vi avrunder dette kapittelet med å se på konkrete *tiltak* for å redusere sosial ulikhet i helse. Oversiktene i kapittelet inkluderer Oslo kommune.

3.2 Ressurser i folkehelsearbeidet

Ressursene i folkehelsearbeidet handler om mer enn de økonomiske midlene en har tilgjengelig. Menneskelige ressurser i form av ansatte som har kompetanse og kapasitet til å arbeide for å sette folkehelse på agendaen og utvikle konkrete tiltak er også av betydning. I tillegg er organisasjonen som helhet sin evne til å drive folkehelsearbeid viktig. Her har vi valgt å ha et spesifikt fokus på den organisatoriske forankringen til folkehelsekoordinator. Et bredere perspektiv på det tverrsektorielle arbeidet tas opp senere, sammen med ulike former for samordning og samarbeid.

3.2.1 Menneskelige ressurser: Folkehelsekoordinatorene

Alle fylkeskommunene har ansatt en folkehelsekoordinator/-rådgiver. Årsverk satt av til folkehelsearbeid i fylkeskommunen varierer mellom fylkeskommunene:

- To har ett årsverk
- Sju har to årsverk
- Sju har tre årsverk
- Tre har fem eller flere årsverk

Hva som skal ligge i en folkehelsekoordinatorstilling er lite formalisert, den kan fylles av ulike profesjoner og gis ulikt innhold. Det er derfor interessant å se nærmere på hvilke arbeidsoppgaver folkehelsekoordinatoren har.

Tabell 3.1 *Folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver, hele tall*

Arbeidsoppgaver	Antall fylkeskommuner
Kompetanseoverføring til kommunene	18
Koordinere det fylkeskommunale folkehelsearbeidet	17
Nettverksarbeid	17
Kontakt med enkeltkommuner	17
Kunnskapsutvikling	16
Forvalte statlige tilskuddsmidler	16
Regionalt utviklingsarbeid	15
Delta i regionalt planarbeid	15
Utarbeide oversikt over helsetilstanden i fylket	13
Lede det regionale partnerskapet	11
Koordinere folkehelsearbeidet i virksomhetene/forvaltningen	11

- I 18 av 19 fylkeskommuner er det en arbeidsoppgave for folkehelsekoordinator å bidra til kompetanseoverføring til kommunene.

- I 17 av 19 kommuner arbeider folkehelsekoordinatoren med å koordinere det fylkeskommunale folkehelsearbeidet, drive nettverksarbeid og ha kontakt med enkeltkommuner.
- Seks av de 19 fylkeskommunene er ikke i gang med å utarbeide oversikt over helsetilstanden i fylket.
- En fylkeskommune la inn en presisering i kategorien annet, nemlig at Nordland sin seksjon for helsefremmende arbeid består av 11 hele stillinger.

Nedenfor kommer vi også inn på hvordan organisatoriske betingelser legger til rette for det vi kan kalle «profesjonalisering» av det fylkeskommunale folkehelsearbeidet.

3.2.2 Økonomiske ressurser

I tillegg til menneskelige ressurser bruker fylkeskommunene økonomiske ressurser i sitt folkehelsearbeid. Fram til 2010 fikk fylkeskommunene øremerkede tilskuddsmidler basert i at de hadde inngått partnerskap med Helsedirektoratet. I 2010 ble midler til fylkeskommunalt folkehelsearbeid inkludert i den økonomiske rammeoverføringen til fylkeskommunene. At de fleste fylkeskommunale respondentene oppfatter at det i stor grad brukes egne midler i det fylkeskommunale folkehelsearbeidet er derfor et ikke særlig overraskende resultat.

Tabell 3.2 *Finansiering av regionalt folkehelsearbeid i fylkeskommuner, hele tall.*

	Fylkeskommunens egne ressurser	Statlige midler
I stor grad	11	3
I middels grad	3	10
I liten grad	5	6

- Fylkeskommunens egne ressurser er i følge folkehelsekoordinatorene i 11 av 19 fylkeskommuner viktigste finansieringskilde for regionalt folkehelsearbeid

Fire respondenter kommenterer at de henviser til stillinger på spørsmålet om finansiering av lokalt folkehelsearbeid. Om dette gjelder finansiering av fylkeskommunale stillinger som skal understøtte lokalt arbeid eller om det gjelder finansiering av lokale stillinger går ikke fram av kommentarene.

3.2.3 Folkehelsekoordinatorens organisatoriske forankring

Folkehelsearbeidet omfatter ikke bare den kurative innsatsen innenfor helsesektoren. Bedring av folkehelse foregår på alle andre samfunnssektorer. Betydningen av organisatorisk forankring og samordning er derfor et kjerneelement i folkehelsearbeidet.

Utformingen av og innholdet i folkehelsearbeidet påvirkes av hvor i den fylkeskommunale organisasjonen det er lokalisert, dvs. hvilke avdelinger som er vert for folkehelsearbeidet. Dette påvirker sannsynligvis også hvilke profesjonelle grupper som er aktive i dette arbeidet og det vil utgjøre en forskjell om det er tannpleiere, kulturarbeidere eller planleggere som arbeider mest med folkehelse. Det kan tenkes at arbeidet i større grad profesjonaliseres hvis alle ressurser ligger i samme avdeling, enn hvis de er spredd, samtidig vil en spredning i større grad være en sikkerhet for at det tenkes "Helse i alt vi gjør" i fylkeskommunene.

På spørsmålet om de som arbeider med folkehelse i fylkeskommunen har felles leder er det ti respondenter som svarer ja, åtte svarer nei og en svarer vet ikke. Fem respondenter av de ti som svarer ja på spørsmålet om de har en felles leder oppgir at det er kulturavdelingen som er vert for folkehelsearbeidet og tre oppgir at det ligger i en avdeling for planlegging eller regionalavdeling. I én fylkeskommune ligger folkehelse i avdeling for folkehelse og tannhelse, én har etablert en egen seksjonsleder i en avdeling for folkehelse og tannhelse, mens én har lagt det til fylkesrådmannens stab. På spørsmålet om hvilke avdelinger som har satt av årsverk til folkehelsearbeid hvis de ikke har samme leder, fikk vi også ti svar. Én påpeker at det ikke er egne årsverk i andre avdelinger, de andre viser til avdelinger der det enten er formelle stillingsressurser, noen har mange, eller til at arbeidet som foregår i andre avdelinger vil gagne folkehelsearbeidet direkte eller indirekte. Avdelingsnavn som nevnes er Opplæringsavdeling, Samfunnsplanavdeling, Tannhelse, Regionalavdeling, Organisasjonsavdeling, Utviklingsavdeling, Næringsavdeling, Nyskaping, Friluftsliv og mat. Forskjellen i stillingsressurser mellom fylkeskommuner ser ut til å være stor, se også over, det samme er forskjellen i hvor mange avdelinger og ulike fagområder som er involvert i det fylkeskommunale folkehelsearbeidet.

Når folkehelsearbeidet er delt mellom ulike avdelinger kan etablering av tverrsektorielle arbeidsgrupper samle ressursene og sikre en viss grad av profesjonalisering og læring. 12 respondenter oppgir at det er etablert tverrsektoriell arbeidsgruppe som arbeider generelt med folkehelse. Ni har etablert arbeidsgrupper som arbeider med tematiske folkehelse spørsmål og regional planlegging, mens fem har arbeidsgrupper som samarbeider med kommunene om videregående skoler. To fylkeskommuner har arbeidsgrupper som arbeider med kompetanseutvikling. I kommentarfeltet er det to som påpeker at de har tverrfaglige arbeidsgrupper under oppstart og en peker på at de har tematiske grupper knyttet til bestemte tiltak som helsefremmende barnehager og skoler, friluftsliv i skoler. Fylkeskommunene kaller sine tverrfaglige grupper for samordningsgrupper eller folkehelseforum.

Når respondentene blir bedt om å konkretisere hvilke virksomhetsområder som deltar hyppigst i tverrfaglige grupper svarer de som vist i tabell 3.3.

Tabell 3.3 *Virksomhetsområder som deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper*

Virksomhetsområder	Antall fylkeskommuner
Folkehelse	15
Tannhelse	15
Friluftsliv/idrett/fysisk aktivitet	14
Videregående opplæring	13
Planlegging	12
Samferdsel	8
Regional utvikling	8
Fylkesrådmannens stab	6

- Både brede tematiske virksomhetsområder (folkehelse, planlegging, regional utvikling), og snevre tematiske virksomhetsområder (tannhelse, videregående opplæring, friluftsliv etc.) deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper.

På spørsmålet om respondentene oppfatter kompetansen fylkeskommunen har på folkehelse som tilstrekkelig er det 12 som svarer nei og tre som svarer ja. På spørsmålet om hvilken kompetanse fylkeskommunen har angående folkehelse svarer de fleste at de har forholdsvis bred kompetanse. Når det konkretiseres dreier mye seg om idrett og ernæring, samt fysisk aktivitet, men også planlegging

nevnes av mange. Dette er ofte på masternivå. Noen viser til at folkehelsekoordinator har master i folkehelsearbeid eller at de har en del av det de kaller ”folkehelsekompetanse”. Ut over det er det ansatt sykepleiere og fysioterapeuter og samfunnsplanleggere.

3.3 Hovedutfordringer og oversiktsarbeid

Folkehelseloven spesifiserer de ulike forvaltningsnivåenes roller og arbeidsoppgaver i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen skal understøtte kommunenes folkehelsearbeid, samt være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket.

Vi har spurt hva det er fylkeskommunenes respondenter oppfatter at er de største utfordringene angående folkehelse i eget fylke og bedt dem krysse av på en oppgitt liste. Resultatet vises i tabell 3.4 neste side.

At skole og utdanning kommer forholdsvis høgt på listen over utfordringer kan ha sammenheng med at det for tiden pågår et prosjekt i regi av Udanningsdirektoratet som fokuserer frafall i videregående skole. Det er dermed kommet på fylkeskommunenes agenda også via andre kanaler enn bare som en del av folkehelsepolitikken. Utvikling og formidling av kunnskap har vært aksentuert som fylkeskommunalt ansvar, og som en del av dennes oppgaver som understøtter av kommunalt arbeid for å bedre folkehelsen overfor kommuner i eget fylke siden iverksettingen av lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet i 2010, og det er enda sterkere aksentuert i Folkehelseloven. Dette tatt i betraktning er det få som har nevnt kunnskap som utfordring.

Tabell 3.4 *Oppfatninger i fylkeskommuner om hva som er deres største folkehelseutfordringer, hele tall. Flere svar mulig*

Størst utfordring	Antall fylkeskommuner
Skole og utdanning	15
Demografi	12
Sosiale møteplasser/ sosialt nettverk	11
Rus (alkohol og narkotika)	10
Samferdsel/trafikk	9
Utvikling og formidling av kunnskap	9
Oppvekstmiljø	8
Fysisk aktivitet	8
Tobakk	8
Areal- og transportplanlegging	7
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	7
Grønt – og friluftsområder	7
Skader og ulykker	7
Tannhelse	6
Universell utforming	6
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	6
Bolig- og boligsosiale forhold	5
Næringsutvikling	5
Kulturaktiviteter	5
Tilgang på arbeidsplasser	4
Medvirkning fra frivillige grupper	4
Seksuell helse	2

- 15 av fylkeskommunene mener at skole og utdanning er en av de største utfordringene de har angående folkehelse
- Andre utfordringer som retter seg mot å motvirke sosial ulikhet i helse, oppvekstmiljø, økonomiske forhold, samt bolig- og boligsosiale forhold, kommer forholdsvis langt ned på listen over utfordringer fylkeskommunene mener at de har, de er nevnt av henholdsvis 8, 7 og 5 fylkeskommuner
- Utvikling og formidling av kunnskap er en stor utfordring i 9 fylkeskommuner

På den annen side fanger spørsmålet om ”på hvilke områder fylket har sin største utfordring knyttet til folkehelsen” ikke opp om dette er begynt å bli innarbeidet som funksjon i fylkeskommunen. Imidlertid er det en respondent som i kommentarfeltet nevner at

Vi har per i dag (høsten 2011) ikke kunnskapsgrunnlag som er godt nok til å plukke ut noen spesifikke områder.

At ni fylkeskommuner mener utvikling og formidling av kunnskap er en utfordring gir en indikasjon på at arbeidet med kunnskapsinnhenting ikke er kommet så veldig langt. Årsaken til at det ikke oppfattes som en utfordring kan være at det ikke er oppmerksomhet rettet mot denne oppgaven i fylkeskommunenes administrasjoner.

Det er 12 fylker som svarer positivt på at en slik oversikt er laget, mens sju altså svarer at de ikke har laget oversikt. Vi spurte også fylkeskommunene som har laget oversikt hvilke kunnskapskilder de hadde brukt. 11 krysser av for Norgeshelsa som tilrettelegges av Folkehelseinstituttet, ti opplyser at de bruker Statistisk sentralbyrå, ni krysser av for Kommune-stat-rapporteringen (Kostra), Kommunchelseprofiler, Folkehelseinstituttet og tannhelsetjenesten, og åtte opplyser at de samarbeider med andre regionale aktører for å få kunnskap om positive og negative determinanter for helse, mens seks gjør egne undersøkelser.

Fylkeskommunene henter altså det meste av kunnskapen fra nettsteder som tilrettelegger den slik at det kan tas ut spesifikk informasjon om egen fylkeskommune, men også om de enkelte kommuner som er lokalisert innenfor det geografiske området. Blant de informasjonskildene vi har nevnt, som fylkeskommunene i liten grad benytter, er Skolestatistikk, Kreftregisteret, Ungdata (Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring) og Transport-økonomisk institutt. I kommentarfeltet er det én fylkeskommune som sier at de har satt bort kartleggingen til en privat aktør, mens to peker på at de samarbeider med akademiske organisasjoner for å få på plass oversikter.

Vi har også spurt hva fylkeskommunene bruker kunnskapen til. Resultatet vises i tabell 3.5.

Tabell 3.5 *Fylkeskommuner og bruk av kunnskap, hele tall, N= 19*

Kunnskapen brukes til	Antall fylkeskommuner
Diskusjon om mål og strategier for folkehelsesarbeidet	11
Innspill til regional utvikling	10
Veiledning til kommunal planstrategi	9
Grunnlag for samfunnsplanlegging	9
Konkrete tiltak for å bedre folkehelsen	8
Grunnlag for regional planstrategi	7
Grunnlag for regionplan	6
Innspill til samarbeid med private og frivillige aktører	4
I annet forebyggende arbeid	4

- Kunnskapen brukes i stor grad inn mot planlegging på ulike nivåer, i mindre grad mot å utforme konkrete tiltak for å bedre folkehelsen.

Vi spurte også spesielt om hva som eventuelt kunne være årsaken til at oversikt over positive og negative påvirkningsfaktorer for helsen ikke var laget. Fire fylkeskommuner påpeker at de avventer avklaring fra statlig nivå, forskriften nevnes helt konkret. De skriver også at de avventer data fra statlig nivå, da særlig fra Folkehelseinstituttet. To kommenterer at innhenting av kunnskap ikke har vært prioritert av ressursårsaker.

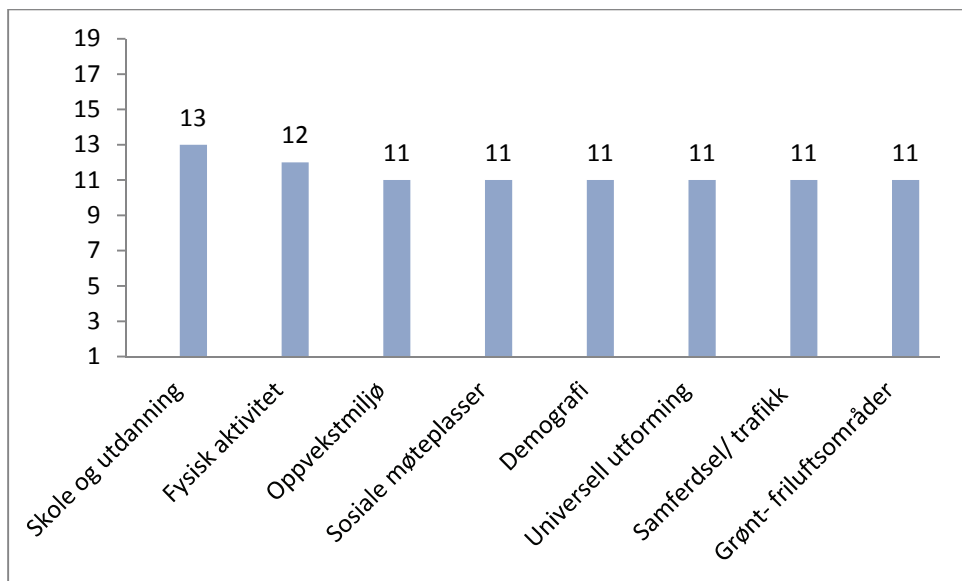
3.4 Folkehelsearbeid og planlegging

Integreringen av folkehelse og planlegging måles på tre måter: For det første gjennom i hvilken grad folkehelse omtales i planleggingen samt hvilke folkehelse temaer det fokuseres på. For det andre gjennom å be respondentene vurdere sin egen involvering i planleggingen. For det tredje ser vi på hvordan fylkespolitikkerne involveres i planleggingen.

Vi har valgt å fokusere på regionplanen. Respondentene ble først spurt om folkehelse omtales i regional plan. Av 19 fylkeskommuner svarer 16 at de har en slik omtale. De respondentene som rapporterte at folkehelse er omtalt (16 stykker) ble bedt om å

konkretisere hvilke folkehelse temaer som omtales i regionplanen. Folkehelse temaene respondentene er bedt om å ta utgangspunkt i, er presentert i tabell 2.2. Figur 3.1 viser de folkehelse temaene som er hyppigst omtalt i regionplanene.

Figur 3.1 *Folkehelse temaer i regionplaner. Temaer som er hyppigst omtalt. Hele tall, N=19*



- Skole og utdanning omtales i 13 av de 16 fylkeskommunene som omtaler folkehelse i regionplanen
- Fysisk aktivitet opptrer i 12 av 16 planer
- Oppvekstmiljø, sosiale møteplasser, demografi, universell utforming, samferdsel/trafikk og grønt- friluftsområder omtales alle i 11 regionplaner

De minst fokuserte er ikke tatt med i figuren, men når vi flytter fokus til dem, får vi følgende liste:

- Seksuell helse (4 fylkeskommuner)
- Økonomiske forhold inkludert fattigdom i (5 fylkeskommuner)

- Bolig- og boligsosiale forhold og trygghets- og kriminalitetsforebygging (6 fylkeskommuner)

Ser vi de hyppigste og sjeldne temaene under ett, ser vi at alle temaene som er mest fokusert kan karakteriseres som universelle, de retter seg mot hele befolkningen eller store deler av den. De minst fokuserte temaene er mer selektive ved at de retter seg mot utvalgte grupper, dette gjelder økonomiske forhold inkludert fattigdom, bolig- og boligsosiale forhold, trygghets- og kriminalitetsforebygging samt seksuell helse forstått som forebygging av seksuelle sykdommer og seksualopplysning.

Sammenholder vi tabell 3.4 med figur 3.1 ser vi at det ikke nødvendigvis er slik at temaer må oppfattes som utfordringer for at de skal komme på planleggingsagendaen til fylkeskommunene. Over ble det vist at skole og utdanning ble oppfattet av flest fylkeskommuner som den største utfordringen, det er også inkludert i planleggingen i flest fylkeskommuner. Fysisk aktivitet kom lengre ned på listen over utfordringer, det samme gjorde oppvekstmiljø. Disse to temaene er likevel rangert av 11 fylkeskommuner angående tema som er med i planleggingen.

En annen måte å måle folkehelse sin posisjon i planleggingen, er å se i hvilken grad den administrativt ansvarlige for folkehelse involveres i planleggingen. Resultatene viser i hvilken grad fylkeskommunene evner å få til tverrsektoriell integrering av folkehelse på planleggingsfeltet.

Tabell 3.6 *Folkehelsekoordinators involvering i regionplanen. Hele tall, N=19*

Grad av involvering	Antall fylkeskommuner der folkehelsekoordinator er involvert i regional plan
I stor grad	10
I middels grad	5
I liten grad	3
Aldri/uaktuelt	1
Vet ikke	-

- De aller fleste folkehelsekoordinatorer/ folkehelseansvarlige i fylkeskommunen (15 av 19) involveres i regionplanen i stor eller middels grad.
- I tre fylker involveres folkehelsekoordinatoren i liten grad, mens i ett fylke involveres vedkommende ikke

Fylkespolitikere har en viktig rolle i å legge premissene for planleggingen og å vedta endelig planforslag. Tradisjonelt har en hatt en tanke om at denne politiske aktiviteten skal være atskilt fra det operative arbeidet med planforslaget som utføres av administrasjonen. De siste tiårene har en imidlertid i sterkere grad vektlagt viktigheten av samarbeid på tvers av sektorielle og organisatoriske skiller, ikke minst innenfor folkehelsearbeidet (WHO 1986).

Tanken er at folkehelsearbeidet på denne måten oppnår en mer solid demokratisk forankring og at effektiviteten i forhold til å nå målene i folkehelsepolitikken styrkes. I denne samstyrringsorienterte modellen spiller politikere en viktig rolle som kobling mellom ulike former for nettverk og det representative demokratiet (Sørensen og Torfing 2005). Så, for å få innblikk i hvorvidt politikernes rolle i planleggingen følger en tradisjonelt hierarkisk eller en mer samstyrringsorientert modell, har vi spurt respondentene hvordan fylkespolitikerne involveres i planarbeidet.

Tabell 3.7 *Fylkespolitikeres involvering i planarbeidet, hele tall, N=19.*

Type planarbeid	Politikernes involvering
Er i dialog med administrasjonen	15
Deltar i interne grupper/forum	10
Deltar i offentlige medvirkningsprosesser	6
Deltar ikke i planarbeidet	1

- Dialog med administrasjonen er den formen for involvering i planarbeid som er mest vanlig i fylkeskommunene, nærmere bestemt i 15 av 19 fylker
- I ti fylker deltar politikerne i interne grupper eller forum
- I seks fylker deltar politikerne i offentlige medvirkningsprosesser

- I ett fylke deltar politikerne ikke i planarbeidet

Disse resultatene viser det samme som også andre undersøkelser har vist, at politikere ikke holder seg til passivt å vedta planer, men involverer seg også underveis i planarbeidet. Først og fremst har de dialog med sin administrasjon, men i over halvparten av fylkene deltar de også i interne grupper og fora. Et mindretall har trukket samstyringen videre ved at politikerne deltar også i offentlige medvirkningsprosesser. Det er grunn til å tro at til tross for at dette kan gjøre at politikere på et tidlig tidspunkt lover seg bort i forhold til strategier og prioriteringer i planene, bidrar den tidlige involveringen av politikere til mer informerte beslutninger i fylkestinget. Dette fordi politikerne i større grad har kjennskap til hvilke vurderinger som ligger til grunn for planforslaget.

3.5 Mobilisering av ulike aktører i folkehelsearbeidet

Vi vil fortsette vårt fokus på politikere som en viktig aktør i folkehelsearbeidet ved å se hvordan de involverer seg i folkehelsearbeidet mer generelt.

Tabell 3.8 *Fylkespolitikeres involvering i folkehelsearbeid, hele tall, N=19.*

Type folkehelsearbeid	Politikernes involvering
Deltar på møter der folkehelse er tema	12
Deltar i interne grupper/fora	10
Deltar i partnerskapsarbeid	7
Deltar i erfaringsnettverk	4
Deltar ikke i folkehelsearbeidet	2

- I 12 fylker involverer politikerne seg gjennom å delta på møter der folkehelse er tema.
- I 10 fylker deltar politikerne i interne grupper/fora
- Deltakelse på arenaer utenfor det politisk-administrative systemet praktiseres i henholdsvis 7 (partnerskapsarbeid) og 4 (erfaringsnettverk) fylkeskommuner

- Kommentarene i kategorien annet tyder på at politikernes involvering i folkehelsearbeid utøves gjennom tradisjonelle politiske fora

Disse resultatene peker i samme retning som tabell 3.7 over. Politikernes engasjement i folkehelsearbeid handler i de fleste fylkene om å samhandle med aktører innenfor det politisk-administrative systemet. I mer samstyingsorienterte former for interaksjon, som partnerskapsarbeid, erfaringsnettverk og interne grupper/forum er eksempler på, er tanken at politikerne skal lede disse nettverkene slik at de sikres en politisk forankring i legitime politiske organer. I et mindretall av fylkeskommunene har denne samstyringstankegangen slått igjennom når de involverer seg i folkehelsearbeidet, mens i flertallet av fylkeskommunene konsentrerer politikerne sitt engasjement i folkehelse til tradisjonelle politiske fora. I det følgende ser vi videre på folkehelsearbeidets rekkevidde ved å se på innflytelsen til arenaer som anses å være relevante i folkehelsearbeidet, og aktiviseringen av frivillig sektor.

Tabell 3.9 *Antall fylkeskommuner der eksterne arenaer har innflytelse på prioriteringer i folkehelsearbeidet, hele tall, N=19*

Eksterne aktører	Antall fylkeskommuner og grad av involvering i folkehelsearbeidet				
	Stor grad	Middels grad	Liten grad	Uaktuelt	Vet ikke
Partnerskap for folkehelse	14	1	2	2	-
Idrettsråd	3	6	8	1	1
Barne- og ungdomsråd el.l.	3	7	7	1	1
Eldreråd	2	9	7	1	-
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	2	8	8	1	-

- Partnerskap for folkehelse er den eksterne arenaen som vurderes å ha sterkest innflytelse på folkehelsearbeidet

- Idrettsråd, barne- og ungdomsråd, eldreråd og råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne vurderes å ha middels til liten grad av innflytelse i et flertall av fylkene

Disse resultatene tyder på at fylkeskommunene så langt ikke har lyktes fullt ut med etableringen av sin del av det en i folkehelse-meldingen betegnet som den nasjonale, offentlige folkehelsekjeden (St. meld. nr. 16 2002-2003:74). Denne kjeden strekker seg fra den nasjonale politikken, via fylkeskommunen som regional utviklings-aktør i kraft av sin rolle i samfunnsplanleggingen og partnerskap for folkehelse, til lokalt nivå. Et systematisk samarbeid med frivillige organisasjoner og andre instanser inngår som en viktig bestanddel i dette arbeidet. Fylkeskommunene har derfor blitt spurt i hvilken grad de samarbeider med frivillig sektor.

Respondentene i 13 av 19 fylkeskommuner mener de samarbeider med frivillig sektor i stor grad, mens i seks fylker samarbeider de med denne gruppen i middels grad. Om disse i tillegg har innflytelse på prioriteringer i folkehelsearbeidet kan vi ikke si noe om på bakgrunn av disse dataene. Respondentene ble også bedt om å indikere hvilke folkehelse temaer de samarbeider med frivillig sektor om. Resultatet vises i tabell 3.10 neste side.

Tabell 3.10 *Fylkeskommunene og frivillig sektor: Viktige samarbeidstemaer, hele tall, flere svar mulig*

Folkehelse tema	Samarbeid fylkeskommune - frivillig sektor
Fysisk aktivitet	19
Grønt- og friluftsområder	10
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	
Kulturaktiviteter	
Ernæring	9
Tobakk	8
Utvikling og formidling av kunnskap	
Rus (alkohol og narkotika)	7
Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet	
Oppvekstmiljø	6
Universell utforming	
Skole og utdanning	3
Samferdsel/trafikk	
Skader og ulykker	2
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	1
Demografi	-
Bolig- og boligsosial forhold	
Tannhelse	
Tilgang på arbeidsplasser	
Areal- og transportplanlegging	
Miljøvern	
Næringsutvikling	
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	
Seksuell helse	

- Fysisk aktivitet er et tema i samarbeidet med frivillig sektor i alle fylkeskommunene
- I ti av fylkene handler samarbeidet med frivillig sektor om satsing på grønt- og friluftsområder og kulturaktiviteter samt å skape sosiale møteplasser/nettverk.

Av tabellen ser vi at samarbeidet med frivillig sektor i de fleste fylkene er konsentrert om å bedre befolkningens levevaner (fysisk aktivitet, ernæring, tobakk, rus) og å skape støttende sosiale og

fysiske miljøer (grønt- friluftsområder, sosiale møteplasser/ nettverk, kulturaktiviteter, medvirkning fra frivillige grupper i samfunnet). De eneste levekårstemaene som fokuseres er skole og utdanning (tre fylker) og økonomiske forhold inkludert fattigdom (ett fylke). Dette resultatet er ikke oppsiktsvekkende. Bedring av levekår er avhengig av økonomisk innsats som kanaliseres gjennom det offentlige enten det er tiltak innenfor skole eller ulike former for offentlige støtteordninger. Videre er det trolig at frivillige aktører er mer aktiv deltaker på dette feltet på lokalt nivå som er det politiske nivået som er nærmest folks hverdag.

3.5.1 Fylkeskommunenes rolle som understøtter av kommunalt folkehelsearbeid

Fylkeskommunens rolle som understøtter av lokalt folkehelsearbeid har blitt tydeliggjort de senere årene, spesielt gjennom lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet fra 2010. Ny folkehelselov tydeliggjør denne rollen. Alle de over presenterte sidene ved fylkeskommunalt folkehelsearbeid, kanskje spesielt ressurssspørsmålet, virker på forskjellige måter inn på fylkeskommunenes mulighet for å understøtte det lokale folkehelsearbeidet, men vi har likevel spurt to spørsmål som går direkte på hva fylkeskommunene gjør for å støtte eller følge opp kommunene i deres arbeid med folkehelse. Hvilke former fylkeskommunenes oppfølging tar vises i tabell 3.11 nedenfor, hvilket innhold eller tema oppfølgingen eller understøttelsen dreier seg om vises i tabell 3.12 neste side.

Tabell 3.11 *Form på fylkeskommunenes understøtting/oppfølging av kommunalt folkehelsearbeid, hele tall, flere svar mulig*

Funksjoner i oppfølging av kommunenes folkehelsearbeid	Gjennomfører	Gjennomfører ikke	Vet ikke/uaktuelt
Råd og veiledning om lokalt folkehelsearbeid	19	-	-
Seminarer, konferanser, møteplasser	19	-	-
Erfaringsnettverk mellom kommuner	19	-	-
Økonomiske midler og tilskudd	18	1	-
Kontakt med kommuner i enkeltsaker	18	-	1
Bidrar til tiltaksutvikling i kommunene	17	1	1
Støtter kommunalt planarbeid	17	1	1
Kunnskap om helsetilstand og helseutfordringer	16	3	-
Kunnskap om påvirkningsfaktorer for helse	16	3	-
Etablert partnerskap	14	5	-
Kompetansebygging/videreutdanning	13	5	1

- Alle fylkeskommuner understøtter det kommunale folkehelsearbeidet i spørsmålet om råd og veiledning, seminarer, konferanser og møteplasser, samt ved å etablere erfaringsnettverk mellom kommuner.
- Utover det er det variasjoner mellom fylkeskommunene mht. hvilke funksjoner de gjennomfører for å støtte kommunene i deres folkehelsearbeid.

I kommentarfeltet er det en fylkeskommunal respondent som skriver at de understøtter kommunene angående oversikt over

helsetilstand bare i henhold til egne tjenesteområder tannhelse og samferdsel. Ellers er det kommentarer om at fylkeskommunene er i en utviklingsfase, det tolkes dit hen at de kommer til å arbeide mer på disse måtene i framtiden, samt at det kommenteres på at noen punkter har de allerede arbeidet mye med i samarbeid med kommunene. Innholdet eller temaene fylkeskommunene fokuserer på i sitt arbeid mot kommunene vises i tabell 3.12 nedenfor.

Tabell 3.12 *Innhold i fylkeskommunal understøtting av kommunalt folkehelsearbeid, hele tall. Flere svar mulig*

Tema i understøtting av kommunalt folkehelsearbeid	Antall fylkeskommuner
Fysisk aktivitet	18
Grønt og friluftsområder	15
Utvikling og formidling av kunnskap	15
Skole og utdanning	15
Oppvekstmiljø	13
Universell utforming	13
Medvirkning fra frivillige grupper	13
Tannhelse	12
Demografi	12
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	12
Ernæring	11
Tobakk	10
Rus	10
Kulturaktiviteter	9
Skader og ulykker	8
Areal- og transportplanlegging	8
Samferdsel/ trafikk	7
Tilgang til arbeidsplasser	5
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	4
Seksuell helse	4
Næringsutvikling	3
Miljøvern	3
Bolig og boligsosiale forhold	2
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	2

- Flest fylkeskommuner understøtter kommuner i spørsmål om fysisk aktivitet.

- Tema som grupperes under levekår og som kan rette seg mot å motvirke sosial ulikhet i helse, understøttes av færre fylkeskommuner (skole og utdanning 15, oppvekstmiljø 13)
- Tilgang til arbeidsplasser, økonomiske forhold og bolig og boligosiale forhold plasserer seg i den nederste delen av skalaen.

I kommentarfeltet er det en respondent som peker på at det følges opp i forhold til temaer kommunene er interessert i og dermed tar opp. Likevel sammenfaller dette bildet noe med bildet over hva fylkeskommunene oppfatter som sine utfordringer mht. folkehelsearbeid vist i tabell 3.4. Skole og utdanning oppfattes av 15 fylkeskommuner som en utfordring og det er 15 som har dette som et tema i sin oppfølging av kommuner. Sosiale møteplasser og sosiale nettverk ble oppfattet av 11 fylkeskommuner som en utfordring og er tema i relasjonen mellom 12 fylkeskommuner og kommunene innenfor deres geografiske område. Det er imidlertid variasjon i spørsmålet om utvikling og formidling av kunnskap der åtte fylkeskommuner mener dette er en utfordring, mens 15 har dette som tema i sin relasjon med kommunene i sitt geografiske område. Enda større variasjon er det angående fysisk aktivitet som åtte oppfatter som en utfordring, og som hele 18 har oppe som tema i sin relasjon med kommuner.

Fysisk aktivitet ser dermed ut til å stå i en særstilling i relasjonen mellom fylkeskommuner og kommuner. De andre levevane-temaene, rus, tobakk, ernæring, tannhelse og seksuell helse, fordeler seg ikke entydig hverken som fylkeskommunale utfordringer på folkehelseområdet eller som tema i relasjonen mellom fylkeskommuner og kommuner.

3.6 Oppsummering

Det tegner seg et tydelig bilde av fylkeskommunal variasjon angående arbeidet med folkehelse. Ut fra geografisk plassering og avstander er det ikke uventet at fylkeskommunene varierer mht. en del sentrale folkehelsefaktorer.

Det er variasjon med hensyn til ressurser som brukes inn mot folkehelsearbeidet. Antallet stillinger som har oppgaver inn mot feltet varierer der det vanligste er to til tre årsverk. 11 av 19 fylkeskommuner mener de i stor grad bruker egne ressurser i

arbeidet. Også hva som oppfattes som de viktigste arbeidsoppgavene folkehelsekoordinatorer eller -rådgivere utfører varierer noe. Kompetanseoverføring til kommunene, koordinering av fylkeskommunalt folkehelsearbeid, nettverksarbeid og kontakt med enkeltkommuner er de arbeidsoppgavene det ser ut til å være mest samstemmighet omkring at fylkeskommunale folkehelsekoordinatorer eller rådgivere skal utføre.

Videre er det stor variasjon angående koordinators eller rådgivers organisatorisk forankring. I ti fylkeskommuner har de som arbeider med folkehelse samme leder, i fem er dette kulturavdelingen, i tre at det er planlegging eller regionalavdeling. Hvilke avdelinger som deltar i folkehelsearbeidet enten med resurser eller i tverrsektorielle arbeidsgrupper varierer også.

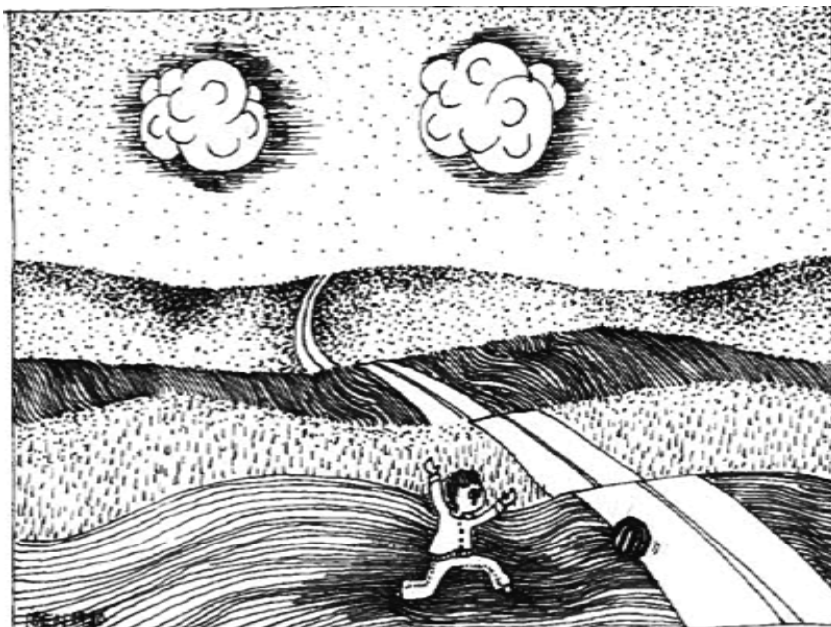
Hva som oppfattes som utfordringer i det fylkeskommunale folkehelsearbeidet varierer også mye. De fleste, 15 fylkeskommuner, mener skole og utdanning er en utfordring. Derest mener 12 demografi er en utfordring, mens 11 mener sosiale møteplasser og sosialt nettverk er en utfordring. 10 er opptatt av rusproblematikk er en utfordring. Samferdsel og areal/transportplanlegging er det henholdsvis ni og åtte som mener er en utfordring i folkehelseøymed.

12 fylkeskommuner har laget en kunnskapsoversikt over helsestilstanden i sitt fylke, mens sju ikke har det. 16 omtaler folkehelse i sin regionplan, de to mest omtalte temaene er skole og utdanning og fysisk aktivitet. I ti fylkeskommuner er folkehelsekoordinator eller rådgiver involvert i planen i stor grad. Politikere involveres i arbeidet med folkehelse ved å delta på møter der folkehelse er tema i 12 fylker, men deltar også på andre måter. Alle fylkeskommunene samarbeider med frivillige organisasjoner om fysisk aktivitet som folkehelse tema.

I sin oppfølging av kommunalt folkehelsearbeid arbeider alle fylkeskommunene med å gi råd og veiledning, arrangere seminarer, konferanser og møteplasser, samt etablere erfaringsnettverk mellom kommuner. 18 oppgir at de gir økonomiske midler og tilskudd til kommunalt folkehelsearbeid og at de er i kontakt med kommunene om enkeltsaker. Fysisk aktivitet er det temaet som er innholdet i de fleste fylkeskommunenes understøttelse av kommunalt folkehelsearbeid. Grønt- og friluftsområder, utvikling og formidling av kunnskap, samt skole og utdanning kommer på

de neste plassene med hensyn på tema for fylkeskommunenes understøttelse av lokalt folkehelsearbeid.

Vi så her at det er forskjeller på hva fylkeskommunene mener er egne utfordringer, skole og utdanning, og de tema de har kontakt med kommunene om i sitt arbeid for å understøtte dem, fysisk aktivitet. Dette tyder på at fylkeskommunene tilpasser seg et behov de opplever at det er i kommunene. Det skal vi komme tilbake til i kapittel 6.



4 Ressurser i kommunalt folkehelsearbeid

4.1 Innledning

Dette kapittelet presenterer det vi kaller *betingelsene* for å drive folkehelsearbeid på kommunalt nivå ved å se på hvilke menneskelige, økonomiske og organisatoriske ressurser som legges inn i folkehelsearbeidet. Videre retter vi fokus på kommunenes *utfordringsbilde* og *prioriteringer* i folkehelsearbeidet og hvorvidt de er i gang med *oversiktsarbeidet*. Det avsluttes med en kikk på hvilke *folkehelse tjenester* kommunene produserer og om *sosial ulikhet i helse* er utgangspunktet for kommunal tjenesteproduksjon.

Ressursene i folkehelsearbeidet handler om mer enn de økonomiske midlene kommunene har tilgjengelig. Menneskelige ressurser i form av ansatte som har kompetanse og kapasitet til å arbeide for å sette folkehelse på agendaen og utvikle konkrete tiltak er også av betydning. I kommuneundersøkelsen måles dette på ulike måter: I stillingsprosent, hvilke oppgaver folkehelsekoordinatorstillingen kombineres med og hvilken funksjon folkehelsekoordinatoren har i kommunen. Status for kommunelegefunksjonen i kommunene presenteres også. I tillegg er organisasjonens evne, som helhet, til å drive folkehelsearbeid viktig. Her har vi valgt å ha et spesifikt fokus på den administrative forankringen til folkehelsearbeidet. Et bredere perspektiv på det tverrsektorielle arbeidet presenteres i kapittel 5, sammen med ulike former for samordning og samarbeid.

4.2 Folkehelsekoordinator og kommunelege

En betydelig andel av kommunene har en folkehelsekoordinator, 74 prosent. Dette er en økning siden sist dette ble undersøkt, i 2008, den gangen rapporterte 61 prosent av kommunene at de hadde en folkehelsekoordinator ansatt (Hofstad og Vestby 2009:17).

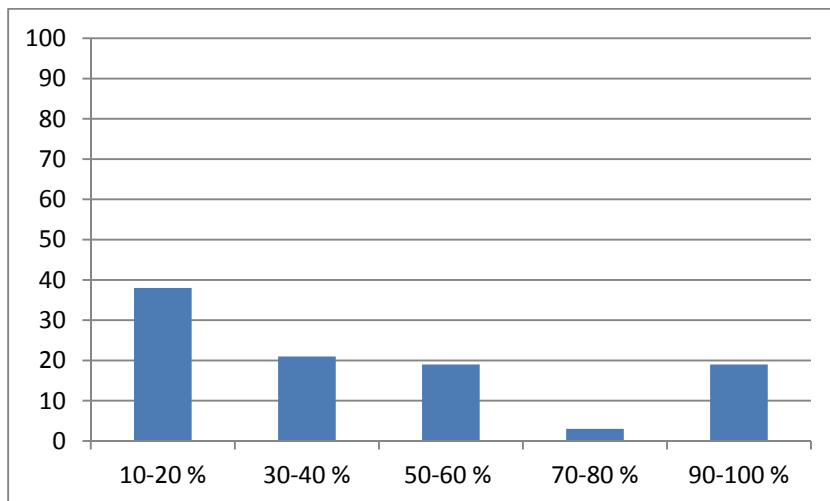
Tabell 4.1 *Folkehelsekoordinator i kommunene, i prosent hele tall i parentes. N=347*

Har folkehelsekoordinator	74 (258)
Har ikke folkehelsekoordinator	24 (84)
Vet ikke	1 (5)

– 74 prosent av kommunene har folkehelsekoordinator

Undersøkelsen fra 2008 viste at kun en liten andel av folkehelsekoordinatorens tid var satt av til folkehelsearbeid. I 63 prosent av kommunene var andelen satt av til folkehelsearbeid enten ikke konkretisert, eller de hadde 40 prosent av tiden, eller lavere, å bruke til folkehelsearbeid (Hofstad og Vestby 2008:19). Dette har blitt undersøkt også i denne undersøkelsen og vises i figur 4.1.

Figur 4.1 *Andel av folkehelsekoordinatorens tid satt av til folkehelsearbeid prosent N=258.*



- I 38 prosent av kommunene bruker folkehelsekoordinatoren 10-20 prosent av tiden sin til folkehelsearbeid
- Respektivt, i 20 prosent av kommunene bruker folkehelsekoordinatoren 30-40 prosent, 50-60 prosent og 90-100 prosent av tiden til folkehelsearbeid
- I feltet annet har 34 respondenter lagt inn kommentar. 17 av disse kommenterer at andelen som er satt av til folkehelsearbeid enten er uspesifisert eller er på under ti prosent.

Vi ser liten utvikling i tilgjengelig tid til folkehelsearbeid de siste tre årene, fra 2008 til 2011. Andelen av stillingen som folkehelsekoordinatoren kan bruke på folkehelsearbeid har ikke endret seg nevneverdig. Det er altså ikke slik at koordinatorene over tid har fått mer tid til folkehelsearbeid, men flere kommuner har satt av stillingsressurser til folkehelsekoordinator sammenliknet med 2008.

Tabell 4.2 viser folkehelsekoordinatorens stillingsandel brutt ned på kommunestørrelse. Vi har brukt fem størrelseskategorier som er 3000 innbygger eller mindre, 3000 til 4999 innbyggere, 5000 til 9999, 10000 – 34999 og over 35000. Fordi vi har inkludert alle bydelene i Oslo som egne kommuner er vårt utgangspunkt langt flere store kommuner over 35000 innbyggere enn hva som faktisk finnes i Norge.

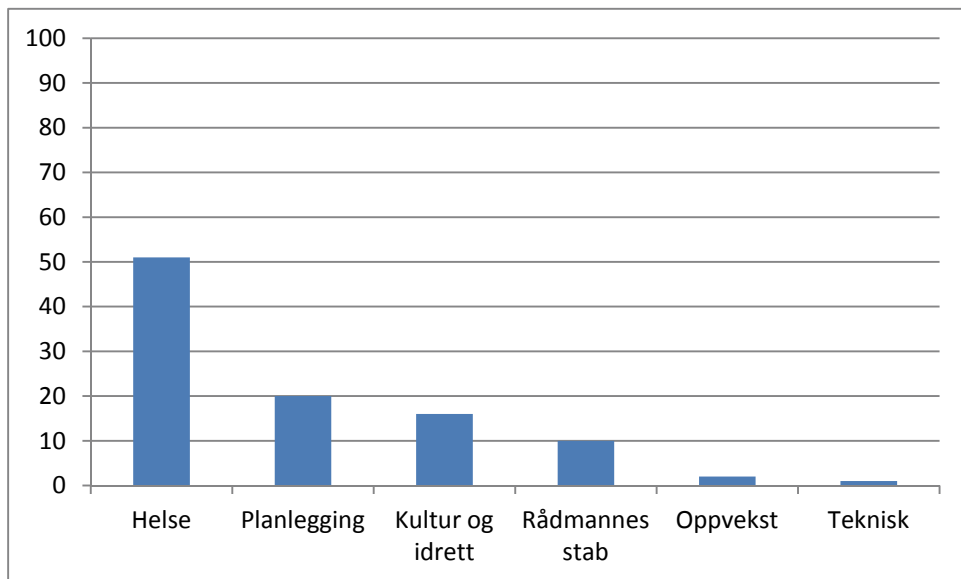
Tabell 4.2 *Folkehelsekoordinators stillingsandel fordelt på kommuner i ulike størrelser, prosent, hele tall i parentes*

Antall innbyggere/ Folkehelsekoordinatorens tid til folkehelsearbeid	<3000	3000 - 4999	5000 – 9999	10000 - 34999	35000>
Andelen av kommunene i størrelseskategorien som har folkehelsekoordinator	33	14	21	26	6
10 – 20 %	49 (41)	43 (15)	36 (20)	27 (18)	20 (3)
30 – 40 %	17 (14)	28 (10)	24 (13)	22 (15)	13 (1)
50 – 60 %	24 (20)	19 (7)	20 (11)	15 (10)	7 (2)
70 – 80 %	1 (1)	5 (2)	4 (2)	3 (2)	7 (1)
90 – 100 %	9 (8)	5 (2)	16 (9)	33 (22)	53 (8)
Total	100	100	100	100	100
(N=)	(84)	(36)	(55)	(67)	(15)

- Små kommuner med <3000 innbyggere har oftest folkehelsekoordinator og oftest små stillingsandeler
- Det er flest kommuner i størrelseskategorien 10000 til 34999 som har tilnærmet hel stilling for folkehelsekoordinator

I og med at de fleste folkehelsekoordinatorene har delte stillinger, er det interessant å se nærmere på hvilke andre arbeidsoppgaver disse folkehelsekoordinatorene har. Respondentene som svarte at de hadde 90-100 prosent stilling ble ledet forbi dette spørsmålet. Vi har delt arbeidsoppgavene inn i administrative/stabsoppgaver og brukerrettet arbeid. Resultatene vises i figurene 4.1 og 4.2. Hva stillingen som folkehelsekoordinator er kombinert med er det også interessant å se i sammenheng med stillingsandelen, det vises i tabellene 4.3 og 4.4.

Figur 4.2 *Administrative/ stabsoppgaver kombinert med stilling som folkehelsekoordinator (N=184)*



- Halvparten av dem som kombinerer folkehelsekoordinatorstillingen med annet arbeid har administrative oppgaver innenfor helse.
- I henholdsvis 20 og 17 prosent av kommunene kombineres denne stillingen med planlegging og kultur/idrett.

Det er 46 kommentarer til dette spørsmålet og de fleste viser til at de som er folkehelsekoordinator kombinerer stillingen med andre oppgaver enn de som er vist til i de oppsatte svaralternativene. Det er noen enhetsledere som har fått folkehelsekoordinatorstillingen i tillegg til sine vanlige oppgaver, noen påpeker at de er kommuneleger, en er fastlege, noen arbeider innenfor miljø, ganske mange innenfor planlegging, andre oppgir at deres stilling er på konsulent- og rådgivernivå, noen kombinerer folkehelserådgiverstillingen med koordinering av Samhandlingsreformen, det er ledere av Familiens hus og det er prosjektledere.

Figur 4.1 over viste at de fleste som kombinerer en stilling som folkehelsekoordinator med administrative oppgaver i kommunene, kombinerte dem med oppgaver i enhet eller avdeling for helse. Tabell 4.3 viser at det også er innenfor denne enheten eller

avdelingen i kommunene de mange små stillingsandelene for folkehelsekoordinator er plassert.

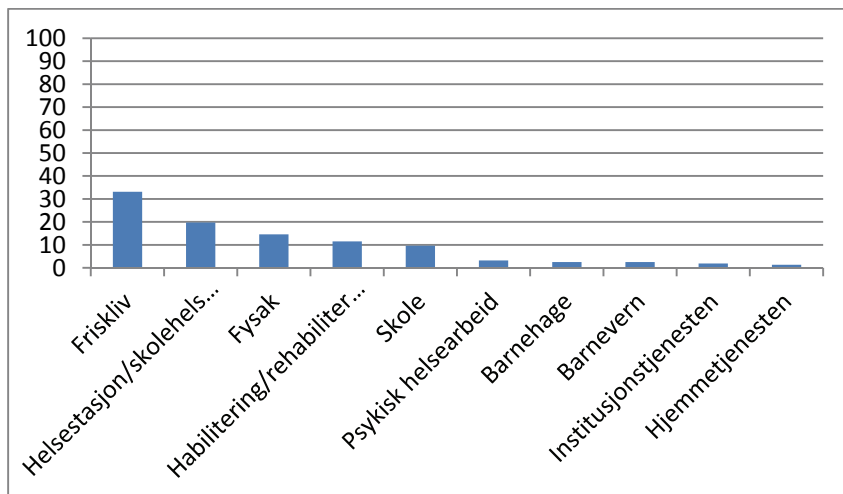
Tabell 4.3 *Stillingsandeler som folkehelsekoordinator fordelt på kommunale administrative enheter/ avdelinger. Prosent, hele tall i parentes*

Stillingsandel/ Administrative enheter	10-20 %	30-40 %	50-60 %	70-80 %	90-100 %
Planlegging	20 (17)	16 (7)	23 (10)	29 (2)	0
Helse	53 (46)	49 (22)	48 (21)	57 (4)	0
Rådmannens stab	9 (8)	13 (6)	5 (2)	14 (1)	100 (1)
Kultur/ idrett	16 (14)	18 (8)	20 (9)	0	0
Oppvekst	2 (2)	4 (2)	2 (1)	0	0
Teknisk	0	0	2 (1)	0	0
Total	100	100	100	100	100
(N=)	(87)	(45)	(44)	(7)	(1)

- Små stillingsandeler som folkehelsekoordinator kombinert med administrative stillinger er det flest av i enheter/ avdelinger for helse
- Enhet/avdeling for planlegging har også en forholdsvis stor andel slike kombinerte stillinger, derpå følger kultur og idrett

Det dannes et bilde der det ser ut til at ressursene avsatt til folkehelsekoordinator er avsatt som små stillingsressurser (10-20 og 30-40 prosent) lagt til en enhet eller avdeling for helse. Vi skal se at denne tendensen styrkes ved at også det brukerrettede arbeidet folkehelsekoordinatorstillingen kombineres med er lokalisert innenfor tjenesteområder som hører til helse.

Figur 4.3 Brukerrettet arbeid kombinert med stilling som folkehelsekoordinator. Prosent N=157



- 33 prosent av stillingene som er kombinert med brukerrettede arbeidsoppgaver er lokalisert innenfor friskliv
- 20 prosent av stillingene som er kombinert med brukerrettede arbeidsoppgaver er lokalisert innenfor helsestasjon/skolehelsetjeneste
- Henholdsvis 15 og 12 prosent av stillingene som er kombinert med brukerrettede arbeidsoppgaver er lokalisert innenfor fysak og rehabilitering/rehabilitering

Også til dette spørsmålet er det mange kommentarer, 53, og også her peker de på hva stillingen som folkehelsekoordinator kombineres med konkret. Det er en del som kombinerer folkehelseoppgavene med å være fysioterapeut, også her er det en del ledere som har krysset av, for eksempel for barnevernstjenesten, samt at HMS-arbeid nevnes. Få nevner at folkehelsearbeid kombineres med planlegging. Noen viser til at det arbeides med veiledning av folkehelse innenfor brukerrettet arbeid på nevnte områder. Hvordan dette fordeler seg på stillingsandeler vises i tabell 4.4.

Tabell 4.4 *Stillingsandeler som folkehelsekoordinator fordelt på noen brukerrettete arbeidsoppgaver. Prosent, hele tall i parentes,*

Stillingsandel/ Brukerrettete oppgaver	10 -20 %	30 – 40 %	50 – 60 %	70 – 80 %
N=	71	41	37	8
Helsestasjon/ skolehelse	25 (18)	12 (5)	19 (7)	12 (1)
Barnevern	1 (1)	7 (3)	0	0
Barnehager	1 (1)	2 (1)	3 (1)	12 (1)
Re- og habilitering	15 (11)	17 (7)	0	0
Skole	6 (4)	12 (5)	16 (6)	0
Friskliv	25 (18)	34 (14)	43 (16)	50 (4)
Fysak	20 (14)	10 (4)	43 (5)	0

Avdelingene med de minste stillingsandelene er ikke inkludert, tabellen summerer derfor ikke til 100.

- I de kommuner der folkehelsekoordinatoren er kombinert med en brukerrettet stilling er den kombinert med stillinger i ulike enheter og avdelinger
- Den er likevel oftest forankret i et helseorientert tjenestemråde: helsestasjons- og skolehelsetjenesten, friskliv, fysak, samt habiliterings- og rehabilitering

Oppdelingen i administrative og brukerrettede oppgaver gir mer innsikt i hvordan stillingen som folkehelsekoordinator er utformet, hvor den er lokalisert i kommunene og hvilke arbeidsoppgaver som inngår i stillingen. Det gir til sammen et bilde av at hvilke temaer og tjenestemråder folkehelse knyttes sammen med har et helsefokus, samtidig som det er variert. Folkehelsekoordinatorer er får ulike typer erfaringer i ulike kommuner. Tabeller og figurer viser også at det er et puslespill å få på plass stillingsandeler som folkehelsekoordinator, og at det ikke på langt nær er entydig hva en folkehelsekoordinator er. Samtidig viser kommentarene respondentene har gitt til en enda mer variert, og samtidig enda ”mindre” virkelighet i kommunene. Når vi tenker at en stillingsandel på 10 – 20 prosent er lite kan respondenter vise til at:

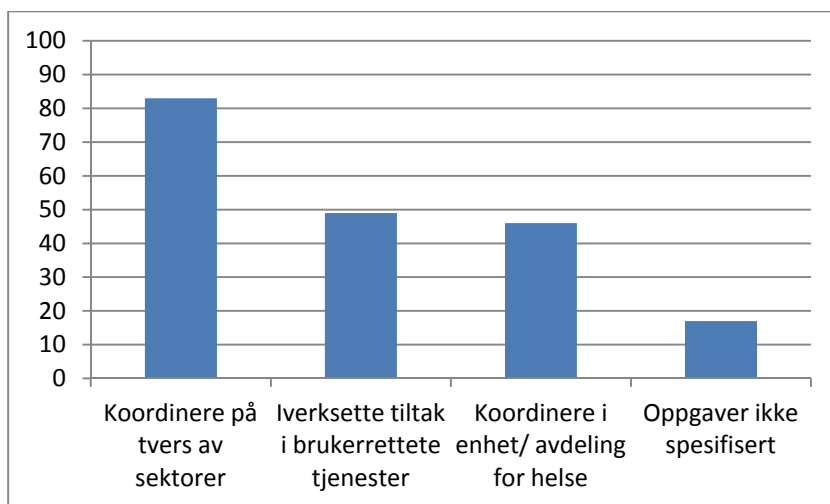
Det er satt av bare 1-2 prosent, men svaralternativet mangler

under 10 prosent

Minimalt, mindre enn 10 prosent

Folkehelse er et felt som spanner over mange sektorer og temaer og dette avspeiles i folkehelsekoordinatorenes arbeidshverdag. Flere kommenterer at de arbeider innefor flere av arbeidsområdene. Noe som kan forstås på bakgrunn av den rollen de er satt til å ha i kommunen. Dette synliggjøres i tabell 4.2.

Figur 4.4 *Folkehelsekoordinatorens rolle/funksjon, prosent, N=256*



- Koordinering på tvers av sektorer er den arbeidsoppgaven som vektlegges i flest kommuner, 83 prosent
- I underkant av halvparten av kommunene oppfattes det at folkehelsekoordinatorenes arbeidsoppgaver er å iverksette tiltak i brukerrettede tjenester
- I 46 prosent av kommunene har de som arbeidsoppgave å koordinere oppgaver i enhet/avdeling for helse

Det varierte bildet av hva folkehelsekoordinatoren forstås å være i kommunene underbygges av observasjonen om at det er variasjon også i arbeidsoppgaver og funksjon. Som navnet tilsier, oppfattes deres primære arbeidsoppgaver som å koordinere folkehelsearbeidet på tvers av sektorer, noe som gjør at de involveres i mange ulike administrative og brukerrettede aktiviteter. Som tabell 4.5 viser reduseres ikke ambisjonene om at folkehelsekoordinatorene faktisk skal koordinere arbeidet på tvers av sektorer i kommunene selv om stillingsandelen er liten.

Tabell 4.5 *Folkehelsekoordinatorenes stillingsandel og arbeidsoppgaver. Prosent, hele tall i parentes, flere svar mulig*

Stillingsandel / Folkehelsekoordinators arbeidsoppgaver	10 - 20 %	30 - 40 %	50 - 60 %	70 - 80 %	90 - 100 %
Koordinering av folkehelse på tvers av sektorer	75 (73)	78 (41)	88 (44)	87 (7)	98 (48)
Koordinering av folkehelse i enhet eller avdeling for helse	39 (38)	46 (24)	54 (27)	37 (3)	51 (25)
Iverksette tiltak i brukerrettete tjenester	37 (36)	58 (30)	62 (31)	37 (5)	47 (23)
Ikke spesifikke arbeidsoppgaver	26 (25)	15 (8)	12 (6)	25 (2)	6 (3)
(N=)	(97)	(52)	(50)	(8)	(49)

- Koordinering av folkehelse på tvers av sektorer er den arbeidsoppgaven som det nevnes av flest at folkehelsekoordinatorene har, også der stillingsandelen er liten
- Folkehelsekoordinatorer i små stillingsandeler har også oftere enn andre ikke spesifiserte oppgaver, men arbeider relativt sjeldnere med å iverksette tiltak i brukerrettete tjenester

I dette avsnittet er det skapt et bilde av at, til tross for variasjon, er folkehelse fortsatt et arbeidsområde som hører til enhet eller avdeling for helse i kommunene. Dette bildet styrkes i tabell 4.6 hvor vi ser på hvem som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder.

Tabell 4.6 *Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder, prosent, hele tall i parentes. N=209*

Helsesjef/kommuneoverlege	46 (96)
Rådmann	34 (70)
Leder for kultur	12(26)
Leder for oppvekst	5 (10)
Plansjef	3 (7)
Total	100

- Helsesjef/kommuneoverlege er sjef i 46 prosent av kommunene.

- Rådmannen er nærmeste sjef for folkehelsekoordinatoren i 34 prosent av kommunene.
- Leder for oppvekst og plansjef er sjelden folkehelsekoordinatorens nærmeste leder.

Kommunenes respondenter har gitt mange kommentarer til dette spørsmålet. Noen av dem er en videre utdyping av det svaralternativet de har valgt, mens andre ikke fant kategorier som passet til deres kommunes virkelighet og valgte kun å legge inn kommentar. Dette gjelder 48 kommuner. Av disse siste, som ikke allerede har valgt en administrativ forankring blant svaralternativene i spørreskjemaet, har 33 påpekt at folkehelsekoordinatorens nærmeste leder er i helserelatert virksomhet, mens 15 har kommentert at denne lederen har en mer generell funksjon i kraft av å være del av rådmannens stab eller være plassert i en avdeling for samfunnsutvikling. Selv om et stort mindretall, 37 prosent av kommunene, har valgt å forankre folkehelsekoordinatoren til rådmannen eller plansjef som kan karakteriseres som å ha en samordningsfunksjon i kommunen, er bildet at folkehelsekoordinatoren er en del av kommunenes helserelatert virksomhet per 31.12.2011.

4.2.1 Kommunelegen

Kommunelegen har blant annet til oppgave å drive samfunnsmedisinsk rådgivning for kommunens folkehelsearbeid og er derfor en viktig aktør i lokalt folkehelsearbeid. Når vi ser på kommunenes ressurser i folkehelsearbeidet er det derfor naturlig å trekke inn også ressurser til kommunelegen i dette bildet. Tabell 4.4 viser status for kommunelegefunksjonen i kommunene.

Tabell 4.7 *Status for kommunelegefunksjonen, prosent, hele tall i parentes.*
N=269. To svar mulig

Kommunelegefunksjonen	Status
Har tilsatt kommunelege	82 (220)
Har avtale med kommunens fastleger	22 (58)
Vet ikke	3 (8)
Har ikke ressurser til kommunelege	2 (5)

- De fleste kommunene som har besvart undersøkelsen har satt av ressurser til kommunelege eller tilsvarende. Kun 2 prosent av kommunene har ikke ressurser til kommunelege.

Siden de fleste kommuner har satt av ressurser til kommunelegefunksjonen varierer ikke dette med størrelse eller annet. I hvilken grad det brukes ressurser avtalt med kommunenes fastleger varierer imidlertid noe. Kommuner med innbyggertall 3000 eller mindre samt 5000 – 9999 skårer høgest med 6 prosent, mens de største på 10 000 til 34 999 og de over 35 000 innbyggere kommer dårligst ut med 3 prosent som hadde inngått avtaler med fastlegene. Dette resultatet er i tråd med Godager og Lurås' resultater fra 2005 der de viser at det er vanskelig for kommunene å inngå avtaler med fastlegene om at de skal delta i helsefremmende arbeid.

4.2.2 Økonomiske ressurser: Finansiering av folkehelsearbeidet

Kommunene har blitt spurt hvordan folkehelsearbeidet har blitt finansiert det siste året. Resultatet vises i tabell 4.8.

Tabell 4.8 *Finansiering av folkehelsearbeidet det siste året, prosent, hele tall i parentes. N=269, flere svar mulig*

Finansiering av kommunalt folkehelsearbeid	Stor grad	Middels grad	Liten grad	Uaktuelt	Vet ikke	Totalt
Kommunens midler	47 (127)	35 (93)	15 (39)	1 (4)	2 (6)	100
Fylkeskommunale stimuleringsmidler	28 (75)	37 (100)	25 (68)	4 (10)	6 (16)	100
Stimuleringsmidler fra Fylkesmannen	6 (17)	20 (54)	42 (114)	18 (47)	14 (37)	100

- Halvparten av kommunene mener folkehelsearbeidet i stor grad finansieres av kommunale midler
- Fylkesmannen finansierer i liten grad kommunenes folkehelsearbeid
- Fylkeskommunen plasserer seg i en mellomposisjon

Dette bildet reflekteres i kommentarene gitt av respondentene. Her vises det til at folkehelsearbeidet finansieres gjennom en kombinasjon av kommunale og fylkeskommunale midler. I tillegg er det fem kommuner som sier at de mottar prosjektmidler fra Helsedirektoratet. Bildet er dermed i overensstemmelse med resultatet fra fylkeskommunen som viser at fylkeskommunale

midler i større grad finansierer lokalt folkehelsearbeid enn statlige midler.

4.2.3 Organisatoriske ressurser

Hvordan folkehelsearbeidet er organisert sier noe om hvor i den kommunale organisasjonen det er plassert og dermed om hvordan det er forankret og prioritert som kommunal funksjon.

41 prosent av kommunene har delegert ansvaret for folkehelsearbeidet til en virksomhet i kommunen, mens 55 prosent ikke har gjort det. I den grad det er delegert har 74 prosent delegert det til avdeling eller enhet for helsearbeid. Vi har også sett at langt de fleste som er folkehelsekoordinatorene kombinerer dette med enten administrative oppgaver i helsesektoren eller med brukerrettede oppgaver ved helsestasjon eller skolehelsetjeneste. Kommunalt folkehelsearbeid har dermed en ganske sterk helseslagside.

Å knytte folkehelsearbeidet til helsesektoren gjøres trolig for å knytte det til kommunelegen, og som vist er kommunelegen folkehelsekoordinatorens leder i 46 prosent av kommunene. Det vil si at vedkommende har ledelsesfunksjonen også selv om folkehelsearbeidet ikke er delegert til enheten. Av andre enheter som har fått delegert ansvar for folkehelse nevnes idrett og kultur, samt samfunnsutvikling og oppvekst. I kommentarfeltet er det en del som viser til at folkehelse er et ansvar for familiens hus, samt familie og helse. Mange påpeker at selv om folkehelsearbeidet er delegert til en virksomhet, er det et ansvar for alle kommunens virksomheter. Kommunelegen har spilt og skal fortsatt spille en meget viktig rolle i folkehelsearbeidet, særlig angående innhenting av epidemiologiske data og kunnskap om helsetilstanden i kommunene. Det kan dermed tenkes at kommunene oppfatter det som effektivt å plassere folkehelsearbeidet i helseavdelingen. Tidligere studier har vist at helsesektoren har en tendens til å lukke seg omkring folkehelseoppgavene slik at de ikke integreres i den kommunale organisasjon som helhet (Helgesen og Hofstad, 2012, Fosse, 2000). Tendensen til å plassere folkehelsearbeidet i helseavdelingen kan dermed komme i motsetning til målsettingen om å integrere helse i alle sektorer.

4.3 Hovedutfordringer - og prioriteringer i kommunenes folkehelsearbeid

Hvilke utfordringer kommunene mener de har på folkehelseområdet er viktig å ha et grep om både for å kunne si noe om hvor kommunene, men også regionale og statlige myndigheter bør rette innsatsen på området. Tabell 4.7 neste side viser hva kommunene oppfatter som sine største folkehelseutfordringer.

Levevanetemaet rus listes høgest som utfordringer i kommunene, det ligger på topp som utfordring hos 57 prosent av kommunene. Dernest kommer psykisk helse, som vi har definert som et levekårstema (48), og deretter ernæring, (43) og fysisk aktivitet (41), som igjen tilhører levevanetemaene. 38 prosent av kommunene mener at sosiale møteplasser, tobakk og demografi er en viktig utfordring. Demografi er, med den forventede såkalte «eldrebølgen», en utfordring for kommunene i deres dimensjonering av helse- og omsorgstjenester, likevel er det få kommuner som mener at dimensjonering av disse tjenestene er en utfordring i folkehelsearbeidet.

Det er også ganske få som mener at de utfordringene som er definert som levekårstemaer er viktige utover psykisk helse. Både boligsosiale forhold, barnevern, skole og utdanning, oppvekstmiljø, økonomiske forhold, og deltakelse på arbeidsmarkedet er temaer innenfor levekår og det er fra 34 prosent og nedover mot 24 prosent av kommunenes respondenter som mener at dette er viktige folkehelseutfordringer.

Tabell 4.9 *Områder med størst folkehelseutfordringer. prosent, hele tall i parentes. N=304. Flere svar mulig*

Utfordring	Andel kommuner
Rus	57 (172)
Psykisk helse	48 (146)
Ernæring	43 (130)
Fysisk aktivitet	41 (124)
Sosial møteplasser/ Sosialt nettverk	38 (116)
Tobakk	38 (115)
Demografi	38 (115)
Bolig- og boligsosial forhold	35 (107)
Barnevern	34 (102)
Skole og utdanning	30 (91)
Universell utforming	29 (87)
Oppvekstmiljø	28 (85)
Areal- og transportplanlegging/ samferdsel	27 (81)
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	24 (73)
Deltakelse på arbeidsmarkedet	24 (72)
Helse- og omsorgstjenester	20 (61)
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	15 (44)
Medvirkning fra frivillige grupper i samfunnet	12 (37)
Skader og ulykker	9 (27)
Kulturaktiviteter	8 (25)
Barnehage	7 (22)
Støy, luft, vann og stråling	6 (17)
Grønt- og friluftsområder	6 (17)
Smittevern	5 (14)

- 57 prosent mener at rus er en viktig utfordring.
- 48 prosent mener psykisk helse er en viktig utfordring.
- 43 prosent mener at ernæring er viktig.

I kommentarfeltet er det noen som skriver at alle temaene oppfattes som utfordringer og at det arbeides litt med alt. Andre er i ferd med å kartlegge sine folkehelseutfordringer og noen venter på opplysninger fra Folkehelseinstituttet, mens andre påpeker at det er vanskelig å prioritere ressurser til forebyggende arbeid.

Når utfordringsbildet rundt levevaner brytes ned ser vi at det varierer mellom kommuner med ulik størrelse hvilket av de fire levevanetemaene de oppfatter som de største utfordringene.

Tabell 4.10 *Levevaneutfordringer og kommunestørrelse. Prosent, hele tall i parentes, flere svar mulig*

Antall innbyggere/ Levevaner	<3000 N=84	3000 – 4999 N=36	5000 – 9999 N=55	10000 – 34999 N=67	35000> N=15
Fysisk aktivitet	49 (41)	47 (17)	45 (25)	40 (27)	87 (13)
Ernæring	55 (46)	50 (18)	51 (28)	42 (28)	67 (10)
Tobakk	54 (45)	33 (12)	49 (27)	32 (22)	53 (8)
Rus (alkohol og narkotika)	50 (42)	72 (26)	76 (42)	72 (48)	87 (13)

- Rus (alkohol og narkotika) oppfattes som en stor utfordring uavhengig av kommunestørrelse
- De minste kommunene er mer opptatt av ernæring, fysisk aktivitet og tobakk enn andre kommuner

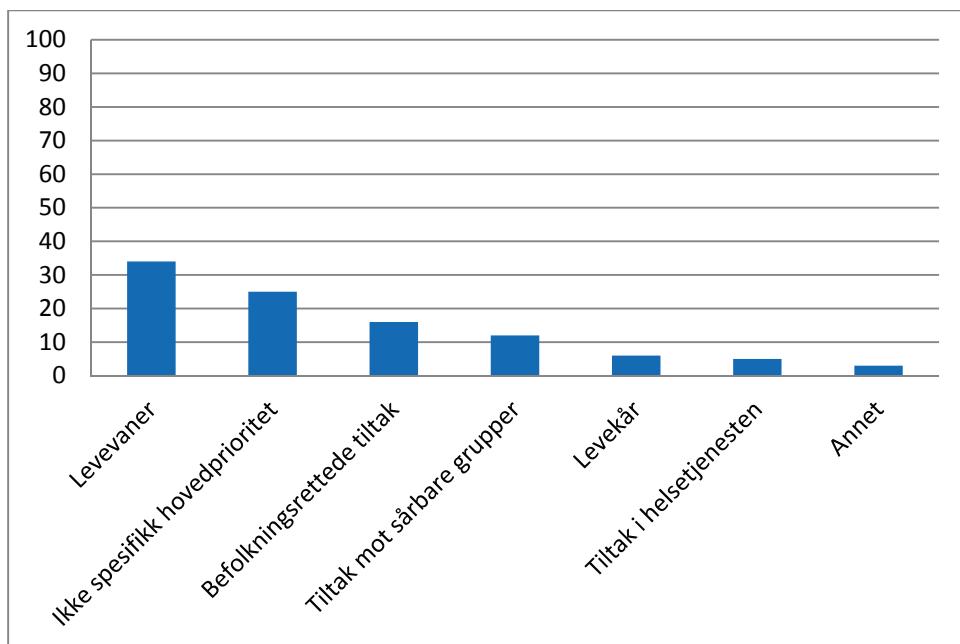
Ikke uventet er alle opptatt av spørsmålene rundt rus. Små kommuner med 3000 innbyggere eller færre er mer opptatt av ernæring, fysisk aktivitet og tobakk enn andre kommuner, de er også mer opptatt av sosiale møteplasser og spørsmål knyttet til demografi enn andre kommuner. Det er ikke vist i tabellen, men materialet viser at større kommuner er opptatt av utfordringer angående levekår. Det er spesielt bolig og boligsosiale forhold som peker seg ut, men også barnevern, skole og utdanning samt psykisk helse er utfordringer de store kommunene mener de har. Det understrekes likevel at også små kommuner setter disse temaene på sin liste over utfordringer.

En forklaring på slike forskjeller kan være at små kommuner er mer avhengig av input og oppfølging fra aktører de inngår i samspill med, spesielt fylkeskommunen, enn de noe større kommunene. Observasjonen om variasjon i det kommunale utfordringsbildet kan dermed ha sammenheng med hvilket fokus fylkeskommunene har på folkehelse.

Resultatet fra spørsmålet om de største folkehelseutfordringene i kommunen samsvarer med kommunenes vurdering av hva som

har hovedprioritet i folkehelsearbeidet. Levevaner er viktigst også her. Fordelingen vises i figur 4.3.

Figur 4.5 *Kommunenes hovedprioriteringer på folkehelseområdet. Prosent (N=303)*



- Levevaner er hovedprioritet i 34 prosent av kommunene.
- Befolkningsrettede tiltak er hovedprioritet i 16 prosent.
- 25 prosent av kommunene har ikke lagt fast en hovedprioritet for sitt folkehelsearbeid

Levevaner er det området flest kommuner prioriterer i sitt folkehelsearbeid. Det samstemmer med hva kommunene oppfatter som sine utfordringer innenfor folkehelsepolitikken, og som tabell 4.9 og 4.10 viste var rus, ernæring, tobakk og fysisk aktivitet, alle blant de 6 mest avkryssede temaene. Dette kan ha sammenheng med at det er på disse områdene det foreligger mest kunnskap og at det har vært arbeidet lengre med slike problemstillinger som en del av folkehelsepolitikken, enn med andre tema. Trolig har det også noe

sammenheng med at «profesjonaliseringen» av folkehelsearbeidet har foregått i en retning der i alle fall fysisk aktivitet står sterkt.

I kommentarfeltet nevnes det av noen at det for tiden arbeides med å få folkehelse inn i planer og at prioriteringene skal spesifiseres der.

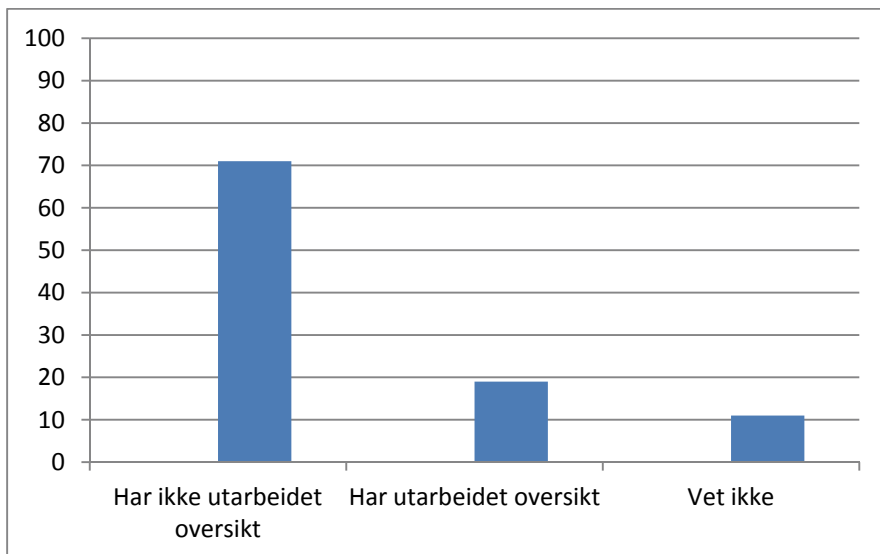
Områder som er prioritert i folkehelsearbeidet kan også si noe om hvilke målgrupper kommunene har for sitt arbeid. Når levevaner er prioritert har kommunen trolig spesifikke grupper i tankene, nemlig dem som er utsatte angående rus, ernæring, fysisk aktivitet og tobakk. Kommunene har valgt å krysse av for levevaner og ikke for befolkningsrettede tiltak, dermed kan det antas at de setter i verk tiltak for å endre individuelle levevaner. Tiltak mot sårbare grupper kan omfatte forebygging, og de kan være rettet direkte mot gruppene det er snakk om. Temaene som grupperes under overskriften levkår kommer langt ned på kommunale respondenter liste over prioriterte områder

På oppfølgingsspørsmålet om hvilke grupper som prioriteres hvis sårbare grupper er hovedprioriteten, er det til sammen 42 som svarer. Av dem svarer 88 prosent barn og unge, mens 55 prosent svarer psykisk syke. For kategoriene eldre, funksjonshemmede, etniske minoriteter og rusmisbrukere er det så godt som ingen som krysser av. Dette kan også peke mot at levkår ikke kommer høgt på den kommunale listen over prioriterte folkehelse tema.

4.3.1 Oversiktsarbeidet i kommunene

Noen av svarene i kommentarfeltet til spørsmålet om hva kommunene oppfatter som sin hovedprioritet i folkehelsearbeidet har allerede antydnet at det ikke er mange kommuner som har oversikt over befolkningens helsetilstand. Figur 4.6 viser fordelingen på det direkte spørsmålet om oversikt.

Figur 4.6 *Andel kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand. Prosent (N=303)*



- 71 prosent av kommunene har ikke laget oversikt over helse-tilstand ved inngangen til 2012

Ettersom kommunenes ansvar for å lage oversikt over helse-tilstanden har vært hjemlet i Kommunchelsetjenestelovens § 1.4 a siden 1987 er det et noe overraskende funn at så mange ikke har gjort dette. I ny lov aksentueres dette ansvaret enda sterkere og det reflekteres i kommentarfeltet der det pekes på at dette arbeidet er på trappene.

De kommunene som har utarbeidet oversikt fikk spørsmål om hvilke kilder de tar i bruk for å lage oversikt over helsetilstanden i kommunen. Dette fordeler seg på ulike kilder som vist i tabell 4.8.

Tabell 4.11 *Kommunenes bruk av ulike kilder for å lage oversikt over helsetilstanden. Prosent, hele tall i parentes (N=61)*

Kilder til kunnskap om helsetilstand	Andel kommuner som tar i bruk
Kostra	69 (42)
Kommunehelseprofiler	69 (42)
SSB	64 (39)
Folkehelseinstituttet	62 (38)
Informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester	51 (31)
Kommunen gjør egne undersøkelser	48 (29)
Forskningsmiljøer	43 (26)
Informasjon fra fylkeskommunen	41 (25)
Skolestatistikk	34 (21)
Individuell pseudonym pleiestatistikk (IPLOS)	31 (19)
Norgeshelsa	25 (15)
Ungdata	20 (12)

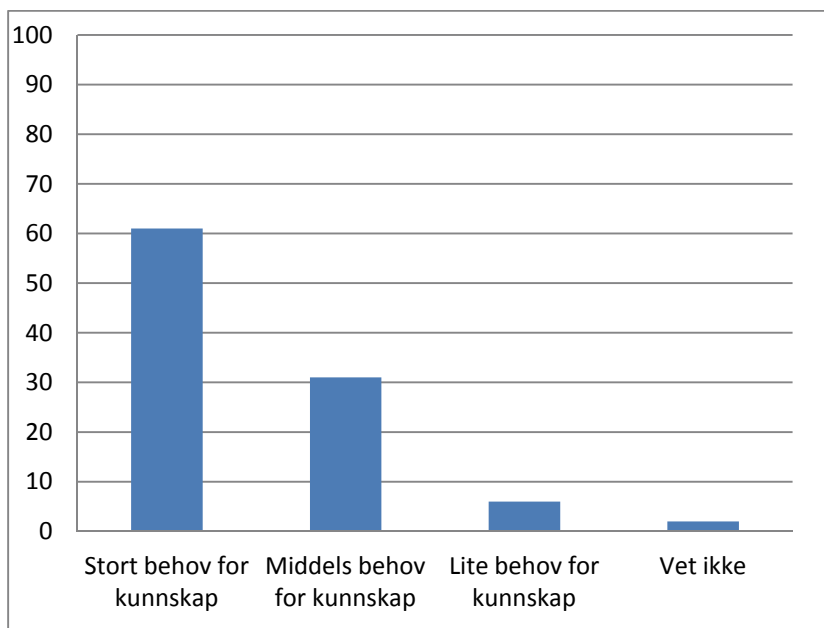
I tillegg er det noen kommuner som oppgir at de bruker Kreftregisteret og nettstedet Miljøstatus.no.

- 69 prosent av de kommunene som har laget oversikt over helsetilstand har brukt Kostra og Kommunehelseprofilene.
- 64 prosent brukte data fra SSB, mens 62 prosent brukte data fra Folkehelseinstituttet
- Kommunene brukte informasjon fra helse- og omsorgstjenestene (51 prosent), de gjorde andre egne undersøkelser (48 prosent) og de brukte IPLOS (31 prosent).
- 41 prosent av kommunene brukte informasjon som legges til rette fra fylkeskommunen.

I tillegg er det 43 prosent som oppgir at de bruker informasjon fra forskningsmiljøer, og i kommentarfeltet kommer det fram at Helseundersøkelsene i Nord-Trøndelag (HUNT) forsyner en del kommuner med informasjon. Dette begrenser seg da til kommunene i Nord-Trøndelag selvfølgelig. Også andre oppgir at de er med i prosjekter som gir dem nødvendig informasjon.

På spørsmålet om de har behov for mer kunnskap om helsetilstanden i kommunen svarer langt de fleste at de har et stort behov. Fordelingen vises i figur 4.5.

Figur 4.7 *Kommuner som opplever behov for mer kunnskap om helsetilstanden. Prosent (N=303)*



Denne figuren er et speilbilde av figuren over som viste hvor mange som hadde utarbeidet oversikt over helsetilstanden i kommunene.

- 71 prosent av kommunene har ikke utarbeidet oversikt, 61 prosent opplever stort behov for kunnskap.
- 19 prosent av kommunene har utarbeidet oversikt, 19 prosent opplever også et middels behov for kunnskap.
- 6 prosent av kommunene mener de har lite behov for kunnskap. Blant dem er det to kommuner med tilgang til HUNT, ellers består denne gruppen av 2/3 små kommuner og 1/3 store kommuner.

Det er få kommuner som har utarbeidet oversikt over helse-tilstanden og positive og negative faktorer som påvirker helsen. Det er dermed ikke mange som har en oversikt som medfører at deres folkehelsearbeid er kunnskapsbasert. De fleste av aktivitetene listet nedenfor kan inngå i planlegging på forskjellige nivåer. 60

kommuner oppgir at de bruker oversikten som input til forskjellige aktiviteter på folkehelseområdet. Til hvilke aktiviteter og hvor mange som bruker kunnskapsoversikten vises i tabell 4.12.

Tabell 4.12 *Andel kommuner som bruker kunnskapsoversikten til forskjellige aktiviteter. Prosent, hele tall i parentes (N=60)*

Aktiviteter	Andel som bruker oversikten
Tiltak for å bedre folkehelsen	92 (55)
Diskusjon av mål og strategier for folkehelsearbeidet	83 (50)
Kommunal planstrategi	80 (48)
Kommuneplanens samfunnsdel	70 (42)
Samarbeid med private og frivillige aktører	58 (35)
Arealplanlegging	53 (32)
Dimensjonering og kvalitetssikring av helsetjenesten	32 (19)
Tilsyn og kontroll	13 (8)

- De fleste kommunene som lager oversikter over helsetilstanden bruker den for å utforme tiltak for å bedre folkehelsen.
- Kunnskapen brukes for å diskutere mål og strategier i folkehelsearbeidet.
- Kunnskapen brukes som input i planlegging.

Det systematiske folkehelsearbeidet har sitt utgangspunkt i kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Denne kunnskapen skal så kanaliseres over i planleggingen, med den kommunale planstrategien som viktigste planform. I kommunal planstrategi skal kommunen diskutere strategiske valg i forbindelse med samfunnsutviklingen i kommunen. Etter forankring i planlegging, skal konkrete folkehelseiltak utvikles på bakgrunn av kunnskap om helsetilstand. Både utvikling av folkehelseiltak og planlegging nevnes som aktiviteter kunnskap om helsetilstand knytter seg an mot. Dermed synes det som om de (få) kommunene som er i gang med oversiktsarbeidet anvender kunnskapen slik den i utgangspunktet er tenkt. I følge Folkehelseloven skal kommuneplanens samfunnsdel være basert i kunnskap om folkehelse, det samme bør

arealplanen være, og det er løfterikt at mer enn halvparten av kommunene som har oversikt over helsetilstanden og positive og negative faktorer som påvirker helsen, faktisk bruker den inn mot slike planer. Kunnskapen knyttes også an til diskusjon av mål og strategier for folkehelsearbeidet i mange av kommunene som er i gang med oversiktsarbeidet. Vi vet ikke på hvilket nivå kunnskapen brukes til diskusjon av mål og strategier for folkehelsearbeidet, det kan dreie seg om politisk nivå, men også om administrativt nivå, og ikke minst kan det dreie seg om diskusjoner i tverrsektorielle arbeidsgrupper.

4.4 Konkrete tiltak i folkehelsearbeidet

Spørreskjemaet inneholder tre spørsmål om tiltaksutvikling i folkehelsearbeidet. For det første et åpent spørsmål der kommunene bes om å gi eksempler på konkrete folkehelseiltak i kommunen. For det andre to spørsmål om tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse, i hvilken grad sosial ulikhet i helse er utgangspunkt for arbeidet i ulike tjenester og et åpent spørsmål der kommunene bes om å nevne de viktigste tiltakene som er iverksatt for å redusere sosiale helseforskjeller. Vi vil først se på de generelle folkehelseiltakene, deretter rette fokus på tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse.

4.4.1 Eksempler på folkehelseiltak i kommunene

Hele 140 kommuner har tatt seg bryet med å gi konkrete eksempler på folkehelseiltak i kommunen og resultatene er svært interessante. Ikke minst viser de den store variasjonen mellom kommunene. En del kommuner er helt i startgropa i forhold til å utvikle et folkehelsearbeid, mens andre har holdt på lenge og har tiltak som dekker hele bredden av folkehelseutfordringen. Samtidig er det noen kommuner som klager over vanskelig ressursituasjon slik følgende uttalelse er et eksempel på:

De største utfordringene i lokalt folkehelsearbeid er mangel på ressurser, de små ressursene vi har er imidlertid kompetente. Mye folkehelsearbeid gjøres således på fritiden også av kommunalt ansatte. Finansieringsordningen ved søknadprosesser til FK (fylkeskommunen) o.a. med påfølgende rapportkrav

spiser en urimelig stor del av tidsressursene folkehelsekoordinator og kommuneoverlege har avsatt til Folkehelsearbeidet, dette medfører at tiden til å gjøre/drive konkret folkehelsearbeid overfor egen kommunes befolkning blir ytterligere begrenset.

Her løftes måten ressurser tildeles på fram som et problem. Verdifull tid som kunne vært brukt på konkrete tiltak og utviklingsarbeid går med til å søke og rapportere på midler. Det er altså organiseringen av finansieringsordningen som oppleves som et problem, ikke manglende kompetanse. Imidlertid er det andre kommuner som uttaler at de mangler nødvendig kompetanse og at den kompetansen de har er for knapp tidsmessig, slik uttaler én kommune det:

... 40 prosent stilling vert ofte til 20 prosent.

Folkehelsearbeidet presses med andre ord av hensynet til andre oppgaver.

Levevaner

Hvis vi ser på de konkrete tiltakene som rapporteres er et gjennomgående trekk at levevaner får mye oppmerksomhet. I likhet med de funnene vi har vist til over er fysisk aktivitet et tiltak som brukes mye i kommunene. Det legges til rette for turveier, flere har et ”ti på topp” tilbud og treningshaller og ballbinger gjøres tilgjengelige for befolkningen. I en kommune arrangerer de ”åpent hus” hver fredag hvor idrettshallen, svømmehallen og ungdomsklubben holdes åpen. Arrangementet er rusfritt og det serveres næringsrik mat. Respondenten mener dette arrangementet ”samler flere hundre barn og unge”.

Det utvikles også prosjekter for å øke fysisk aktivitet generelt og i forhold til utsatte grupper. Tiltak for å øke fysisk aktivitet kombineres med andre ord gjerne med andre folkehelseproblemer som psykisk helse, rus og overvekt. I tillegg har flere kommuner opprettet frisklivssentraler eller de er i gang med å opprette slike sentraler.

Reduksjon i bruken av rusmidler og tobakk hos ungdom får mye oppmerksomhet. Kommunene nevner FRI -avtaler i ungdomsskolen (tobakk) og ulike rusprosjekter. Ulike tiltak for å

bedre kostholdet i befolkningen generelt og hos barn og unge spesielt rapporteres. Det arrangeres kostholdsveiledning og kostholdskurs for befolkningen og ulike prosjekter som utplassering av vannbeholdere på skoler, Fiskesprell-prosjekt i barnehager (servering av fisk i barnehagen) også videre.

Levekår

Levekår får noe mindre oppmerksomhet, men også her rapporteres det om mange tiltak. Frafall fra videregående skole er det enkeltproblemet hvor flest av de 140 kommunene har tiltak. Flere nevner "Ny giv" som er en nasjonal dugnad for å få flere ungdommer til å fullføre videregående opplæring. I samme gate er ulike trivselstiltak for å redusere mobbing, utvikle trygge ungdomsmiljø og robuste ungdommer, slik MOT-prosjektet er et eksempel på. Flere kommuner melder at de har knyttet seg til dette prosjektet. Også boligsosiale tiltak finnes i flere kommuner.

Psykisk helse får også oppmerksomhet. Ikke minst er en opptatt av barns psykiske helse ved at de knytter seg til Voksne for Barn sitt forebyggende program "Zippys venner" for å lære barn og mestre dagliglivets utfordringer på en bedre måte. Enkelte kommuner nevner tiltak rettet mot økonomisk vanskeligstilte. En del kommuner har en egen fattigdomsplan og fattigdomsprosjekter, mens andre gir økonomisk støtte for å øke denne gruppens mulighet til å delta i ulike aktiviteter. Dette kan være friplass i barnehage og SFO, betaling av medlemskontingent i idrettslag, betaling av frukt- og grønt- abonnement eller gratis arrangementer for barn i familier med dårlig råd, såkalte "opplevelseslørddager".

Flere kommuner har fokus på sosialt miljø gjennom å utvikle gode sosiale møteplasser hvor målet er å aktivisere eldre og ungdommer. Å etablere flere uformelle møteplasser hvor ungdom kan treffes, nevnes som en utfordring. Det gjelder å treffe dem som faller utenfor de ordinære fritidstilbudene:

5- 10 prosent av barn og unge fikser verken skule eller fritid, korleis får vi tak i disse?

Dette sitatet er en god illustrasjon på at folkehelsearbeidet foregår i skjæringsflaten mellom offentlig og privat sektor, og på avhengigheten av samarbeid på tvers. Flere av tiltakene som beskrives legger vekt på å skape slike koblinger. Blant annet er flere kommuner opptatt av å legge til rette for nettverk mellom foreldre

både i småbarnsfasen og på barne- og ungdomsskolen. Videre er kommunene opptatt av verdien av et godt forhold mellom foreldre og barn og det utvikles ulike kurs og tiltak for å styrke dette. Frivillige lag og organisasjoner framheves som en ressurs. Blant annet blir de brukt til å holde foredrag om folkehelse temaer som kosthold og fysisk aktivitet. Også ulike arrangementer, som ”folkehelseuke” og ”fritidsmesse”, nevnes i tillegg til ulike kulturtilbud. Enkelte kommuner beskriver tiltak i forhold til innvandrere i form av ulike integreringsprosjekter eller nettverksbygging. Samtidig nevner flere kommuner kriminalitetsforebygging som noe de arbeider med. Kommunene har også fokus på å bevisstgjøre ungdommer i forhold til seksualitet og egne grenser, det de kaller for ”kjærlighet og grenser”.

Fysisk miljø

Angående fysisk miljø melder flere kommuner at de har utarbeidet tiltak for å øke eldres trygghet. Særlig er det slike fallulykker, både ute og inne, som får mye oppmerksomhet. De kommer på hjemmebesøk til eldre for å forbygge ulykker i hjemmet og utearealer strøs for å unngå at eldre faller om vinteren. En del kommuner har også et mer generelt fokus på sikkerhet blant annet i form av trafiksikkerhetsplaner. I tillegg er det en klar kobling mellom satsingen på fysisk aktivitet og tilrettelegging av det fysiske miljøet for å bedre mulighetene for å utøve fysisk aktivitet. Her nevnes både turveier, trimløyper, et bevisst forhold til at alle skal ha tilgang til friarealer i nærheten av hjemmet, samt gang- og sykkelveier.

Noen kommuner nevner at de har utviklet redskaper for å integrere folkehelsehensyn i fysisk planlegging. En kommune viser til at de har registrert ”barnetråkk”, det vil si snarveier som barn bruker for å komme seg til skolen, fritidsaktiviteter, osv slik at disse kan ivaretas i planleggingen. En annen kommune viser til at det er utarbeidet reguleringsbestemmelser til arealplanen. Mer spesifikt dreier det seg i dette tilfellet om universell utforming og kriminalitetsforebygging. Universell utforming nevnes også av andre kommuner. Kriminalitetsforebygging er et hensyn i plan- og bygningsloven, det er derfor interessant at dette er løftet fram i arealplanen.

Organisering av folkehelsearbeid

Et interessant felt er organiseringen av folkehelsearbeidet. De kommunene som omtaler dette gir innblikk i en hverdag der en strever med å sette folkehelse på agendaen både politisk og administrativt. Denne utfordringen blir håndtert på ulike måter. Blant annet nevnes utvikling av ulike planer med relevans for folkehelse: boligsosial handlingsplan, fattigdomsplan, plan for folkehelsearbeidet, planlegging etter plan- og bygningsloven (planstrategi). Videre nevnes tilsyn med virksomheter og eiendommer med aktiviteter som kan ha virkning på helsen. En kommune har satt sammen et eget folkehelseforum som skal:

styre retningen i folkehelsearbeidet.

Dette er ikke minst interessant i lys av folkehelsearbeidets sektorovergripende karakter der det er et mål at aktører, både innenfor og utenfor kommunal sektor, skal trekke i samme retning. En klar utfordring er derfor å samkjøre de ulike aktørenes aktiviteter, noe denne kommunen har satt seg fore å gjøre noe med. En annen kommune nevner i relasjon til tverrsektorielt arbeid at de er godt i gang, men at en

treng kanskje meir kompetanse om kvarandre.

Her nevnes både forholdet til frivillige lag og foreninger og forholdet mellom folkehelsekoordinator og miljørettet helsevern.

Det blir av noen påpekt at det er lite samarbeid mellom disse hovedfunksjonene i folkehelsearbeidet. Enkelte ønsker derfor å etablere en tverrfaglig gruppe bestående av representanter for pleie og omsorg, helsestasjon, ansvarlig for samhandlingsreformen, kommuneoverlege, folkehelsekoordinator og miljørettet helsevern. En kommune kaller dette "familiens hus"-tenkning hvor enhetene for barnehage, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT), barnevern og helsestasjon samlokaliseres. Fokus er med andre ord på det forebyggende helsearbeidet.

I årene som kommer blir det interessant å følge den kommunale organiseringen. Evner kommunene å få til en organisering som favner aktører som ikke vanligvis assosieres med folkehelsearbeid? Eller vil hovedvekten fortsatt ligge hos aktører knyttet til ulike helsetjenester?

4.4.2 Tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse

Over har vi vist til at sosial ulikhet kan spores blant helsens påvirkningsfaktorer og at det er et tema som er aktuelt i forhold til regional og kommunal folkehelsepolitikk. Vi har spurt om kommunene oppfatter enkelte temaer som boligsosiale forhold, barnevern, skole og utdanning, oppvekstmiljø, økonomiske forhold, og deltakelse på arbeidsmarkedet som utfordringer i folkehelsearbeidet og funnet at de oppfattes ikke blant de viktigste utfordringene kommunene opplever å ha. På spørsmålet om hva som var hovedprioritet kom også forhold innenfor kategorien levekår forholdsvis langt ned på listen. Observasjonen kan være en indikator på at kommunene foreløpig forholder seg lite til sosial ulikhet som problem i sitt lokalområde. Samtidig er begrepet sosial ulikhet på frammarsj i omtalen av fattigdom og sosiale problemer, men det er likevel forholdsvis nytt. Vi har derfor ikke forventning om at dette er nedfelt som tema eller begrep hos ansvarlige for folkehelse i alle kommuner. Vi har likevel stilt et spørsmål om i hvilken grad sosial ulikhet er et utgangspunkt for arbeidet i kommunal tjenesteproduksjon. Det noe overraskende svaret vi fikk er vist i tabell 4.13.

Tabell 4.13 *Sosial ulikhet i helse som utgangspunkt for tjenesteproduksjon. Prosent, hele tall i parentes (N=269), flere svar mulig*

Sosial ulikhet kommunal tjeneste	Stor grad	Middels grad	Liten grad	Uakt.	Vet ikke	Total
Helsestasjon	43 (117)	33 (88)	8 (22)	1 (2)	15 (40)	100
Skolehelsetjenesten	41 (110)	33 (88)	10 (26)	1 (3)	16 (42)	100
NAV-sosial	37 (99)	31 (84)	3 (9)	1 (2)	28 (75)	100
Helsestasjon for ungdom	34 (91)	29 (78)	8 (21)	11 (30)	18 (49)	100
Barnehager	31 (82)	32 (86)	13 (35)	1 (3)	23 (63)	100
Psykisk helse	30 (81)	40 (108)	8 (22)	1 (3)	21 (55)	100
Rus	28 (76)	37 (98)	10 (28)	2 (4)	23 (63)	100
Frisklivsentral	28 (75)	17 (46)	5 (14)	33 (88)	17 (47)	100
Skoler	27 (74)	36 (96)	11 (30)	2 (5)	24 (64)	100
Barnevern	27 (74)	33 (89)	12 (31)	2 (4)	26 (71)	100
Bolig	23 (61)	32 (87)	18 (48)	2 (6)	25 (67)	100
Kommunelege	21 (57)	32 (87)	18 (48)	2 (5)	27 (72)	100
Idrett	20 (53)	33 (90)	19 (52)	2 (5)	26 (69)	100
Kultur	19 (52)	39 (104)	17 (45)	2 (5)	24 (63)	100
Pleie og omsorg	19 (52)	37 (100)	17 (46)	2 (5)	25 (66)	100
Fastlege	14 (39)	29 (78)	20 (55)	2 (4)	35 (93)	100
Plan/miljø/teknisk	6 (16)	23 (61)	32 (86)	2 (5)	37 (101)	100

Svaret er overraskende fordi mange har svart på spørsmålet og mange mener at sosial ulikhet i helse er utgangspunkt for produksjon av tjenester i mange enheter.

- Helsesøstertjenester som helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom skårer høgt med henholdsvis 43, 41 og 34 prosent som mener at sosial ulikhet i helse er utgangspunktet for produksjonen av tjenester i disse enhetene.
- Legetjenester, både fra kommunelege og fastlege, oppfattes i liten grad å bli produsert med reduksjon av sosial ulikhet i helse som utgangspunkt.
- Tjenestene som kan ha omfordelende funksjon fordeler seg på NAV-sosial og barnehager, som kommer høgt opp, mens skoler, barnevern og bolig skårer lavere ut mht. om sosial ulikhet i helse er utgangspunkt for tjenesteproduksjonen.

Vår antakelse om at begrepet ikke er så innarbeidet i kommunene får støtte i den høge andelen respondenter som svarer ”vet ikke”.

Det er flest vet ikke-svar mht. om sosial ulikhet i helse er utgangspunkt for tjenesteproduksjonen i plan/miljø/teknisk (37 prosent) og angående fastlegenes arbeid (35 prosent). Mange er også usikre mht. NAV-sosial (28 prosent), kommunelegen (27 prosent), barnevern (26 prosent), idrett (26 prosent) og bolig (25 prosent). At sosial ulikhet i helse skal kunne være utgangspunkt for arbeidet i frisklivssentralen oppfattes av forholdsvis mange som uaktuelt, 33 prosent, og 11 prosent mener at det er uaktuelt at arbeidet i helsestasjon for ungdom har sosial ulikhet i helse som utgangspunkt. Dette kan tyde på at det er en del kommuner som ikke har disse to tjenestene, heller enn at dette er en aktiv vurdering som er gjort om at sosial ulikhet i helse ikke kan være et utgangspunkt for arbeidet med dem.

4.5 Kontroll og tilsyn

I følge kommunehelsetjenestelovens § 1-3a har kommunene vært pliktige til å gjennomføre internkontroll av sin virksomhet på folkehelsefeltet, samt gjennomføre tilsyn etter bestemmelsene om miljørettet helsevern. I 2003 trådte forskrift om miljørettet helsevern i kraft og det ble utgitt en veileder i miljørettet helsevern. I 2009 gjennomførte Helsedirektoratet en undersøkelse som viste at dette arbeidet var kommet forholdsvis kort i mange kommuner. Vi har inkludert et spørsmål om kommuner har gjennomført kontroll og tilsyn og resultatene er presentert i tabell 4.14 neste side.

Det blir blant annet henvist til at oversiktene kommunene lager over helsetilstanden kan brukes inn mot tilsyn og kontroll (Helsedirektoratet 2009a s. 48). Figur 4.7 viser at få kommuner har utarbeider oversikter over helsetilstanden, tabell 4.12 viser at av de som har, er det bare 13 prosent som bruker oversikten ved gjennomføring av tilsyn og kontroll.

Tabell 4.14 *Andelen kommuner som driver kontroll og tilsyn på folkehelsefeltet, Prosent, hele tall i parentes N=268, flere svar mulig*

Kontrollvirksomhet	Andel kommuner
Tilsyn etter bestemmelser om miljørettet helsevern	58 (155)
Har internkontrollsystem etter kommunehelsetjenestelovens § 1-3a	47 (126)
Kommunen fører ikke tilsyn med virksomheten på folkehelseområdet	20 (54)
Vet ikke	22 (59)

- I underkant av 60 prosent av kommunene som har svart på undersøkelsen fører tilsyn etter bestemmelsene om miljørettet helsevern
- I underkant av 50 prosent har internkontrollsystem etter bestemmelsene i kommunehelsetjenesteloven

4.6 Oppsummering

Dette kapittelet er det første av tre om kommunalt folkehelsearbeid. På samme måte som for fylkeskommunene har det vist til at det er store variasjoner angående folkehelse og folkehelsearbeid i kommunene. Det varierer mye mht. menneskelige ressurser, det er 74 prosent av kommunene som har folkehelsekoordinator, men de har små stillingsandeler avsatt til arbeidet, neste 40 prosent av kommunene har satt av 10 – 20 prosent. Det er relativt flere små kommuner som har folkehelsekoordinator enn større, og de små kommunene har også flere med den laveste stillingsandelen.

Folkehelsearbeid varierer, men er i all hovedsak knyttet til en kommunal enhet eller avdeling for helse. Hovedbildet er at stillingene som folkehelsekoordinator kombineres enten med administrative (50 prosent) eller brukerrettete (friskliv 32 prosent, helsestasjon 20 prosent, fysak 15, hab-rehabilitering 10) stillinger innenfor helse. Det er dermed også der vi finner de fleste små stillingsandelene satt av til folkehelsearbeid. Helseorienteringen avspeiler seg også ved at det er helsesjefen eller kommunelegen

som oppgis som folkehelsekoordinatorens nærmeste leder (46 prosent), mens rådmannen er det i 34 prosent av kommunene.

Angående oppgaver og funksjoner mener de fleste respondentene at folkehelsekoordinatoren skal bidra til koordinering av arbeidet på tvers av sektorer. Dette er også oppfatningen i de kommunene som kun har satt av små stillingsandeler. Så godt som alle kommunene har kommunelege, mens 22 prosent har inngått avtaler med fastleger om ressurser til folkehelsearbeid.

Det er levevanetemaer som oppfattes som hovedutfordringer i kommunene. Rus oppfattes som utfordring i flest kommuner (57 prosent), mens ernæring (43 prosent), fysisk aktivitet (41 prosent) er på tredje og fjerde plass, tobakk (38 prosent) er på en sjetteplass mht. hvor mange kommuner som oppfatter temaene som utfordring. Levekårstemaet psykisk helse (48 prosent) og sosialt miljø-temaet sosiale møteplasser/ nettverk (38 prosent) listes som henholdsvis nummer to og fem. Små kommuner oppfatter oftere enn andre at fysisk aktivitet er en utfordring. Levevaner oppgis også av flest kommuner (34 prosent) som deres hovedprioritet i folkehelsearbeidet.

Det er få kommuner som har kommet langt med sitt arbeid angående oversikt over helsetilstanden (19 prosent), og det er mange kommuner som mener de har et stort behov for kunnskap (61 prosent). I den grad de har utarbeidet oversikt brukes den blant annet inn mot utarbeidelse av konkrete tiltak for å bedre folkehelsen, diskusjon av mål og strategier, kommunal planstrategi og kommuneplanenes samfunnsdel.



5 Koordinering av kommunalt folkehelsearbeid

5.1 Innledning

I dette kapittelet skal vi presentere koordinering og samordning av folkehelseinnsatsen i kommunene. Først presenteres det tverr-sektorielle folkehelsearbeidet, dernest koblingen mellom folkehelse og samfunnsplanleggingen, til slutt kommunelegers og folkehelsekoordinators involvering i samfunnsplanleggingen og arbeidet med helsekonsekvensutredninger.

Samordning er et kjerneelement i folkehelsearbeidet i det alle samfunnets sektorer inneholder aktiviteter med betydning for folkehelsen. Samtidig er det viktig med koordinerte innsatser og i hvilken grad folkehelsearbeid gjennomføres i tverrsektorielle arbeidsgrupper er undersøkt og presenteres innledningsvis i dette kapittelet. Planer er viktig som koordineringsredskap i kommuner og fylkeskommuner fordi de skal angi mål og retningslinjer på tvers av sektorer. I hvilken grad folkehelse tema arbeides med i forskjellige deler av kommuneplanen presenteres her. Fylkeskommunenes planarbeid ble presentert i kapittel 3.

Fire planer og planstrategien er spesielt relevant for folkehelsearbeid. *Planstrategien* skal omfatte kommunenes strategiske valg knyttet til utviklingen av kommunesamfunnet. Den skal drøfte utviklingstrekk i kommunen som samfunn og organisasjon og være grunnlag for å vurdere behovet for å lage planer i kommunestyreperioden. Den fastlegger altså hvilke planoppgaver det skal arbeides med i kommunen i valgperioden. *Kommuneplanens samfunnsdel* skal behandle langsiktige utfordringer og gi retningslinjer for de enkelte sektorene og for kommunene som helhet. Den skal se sammenhengen mellom langsiktige mål for utvikling i kommunene og de fysiske konsekvensene dette vil ha for

kommunenens arealer. Den skal videre legge grunnlag for prioriteringer, også de som skal gjøres i arealdelen. *Kommuneplanenes arealdel* skal vise hvordan arealene samlet sett bør disponeres for å løse oppgaver og behov som avklares i kommuneplanens samfunnsdel (Veileder, 2011, Ot.prp. nr. 32, 2007-2008:209-210). *Økonomiplanen* omtaler økonomiske prioriteringer kommunene skal gjøre (Fallet og Stokke, 2001). *Kommunedelplaner* er spesifikke planer for deler av kommunenes virksomheter. Kapittelet presenterer i hvilken grad ulike folkehelse temaer er omtalt i disse fem plantypene.

5.2 Tverrsektorielle arbeidsgrupper:

Folkehelsearbeid er tverrsektorielt i karakter og vi har stilt spørsmål for å kartlegge hvilke enheter som er involvert i tverrsektorielle arbeidsgrupper i kommunene.

Tabell 5.1 *Tverrsektorielle arbeidsgrupper og kommunale enheters deltakelse. Prosent, hele tall i parentes (N=316)*

Grad av deltakelse/ kommunal enhet	Stor grad	Middels grad	Liten grad	Uaktuelt	Vet ikke	Total
Helsestasjon/ Skolehelsetjeneste	44 (139)	38 (120)	13 (42)	2 (7)	3 (8)	100
Kultur/idrett	35 (109)	39 (124)	20 (62)	2 (7)	4 (13)	100
Skoler	23 (72)	47 (147)	23 (72)	3 (11)	4 (14)	100
Rådmannens stab	22 (68)	35 (108)	32 (101)	5 (17)	6 (20)	100
Psykisk helsearbeid	21 (67)	43 (134)	29 (91)	3 (11)	4 (12)	100
Barnehager	17 (53)	38 (121)	33 (105)	6 (18)	6 (18)	100
Interkommunal enhet	17 (53)	20 (63)	20 (64)	33 (103)	10 (31)	100
Rusarbeid	16 (50)	40 (127)	35 (108)	5 (17)	4 (12)	100
Plan/miljø/teknisk	16 (50)	32 (100)	40 (125)	4 (13)	8 (27)	100
Samfunnsutvikling	14 (44)	31 (97)	31 (96)	12 (37)	12 (38)	100
Pleie og omsorg	13 (42)	38 (120)	39 (121)	6 (20)	4 (12)	100
Barnevern	7 (23)	29 (91)	46 (146)	10 (30)	8 (26)	100

- 44 prosent av respondentene mener at helsestasjon/skolehelsetjeneste i stor grad deltar i tverrsektorielle samarbeidsgrupper om folkehelse.
- 35 prosent mener at kultur og idrett i stor grad deltar.
- 16 og 14 prosent mener at henholdsvis plan/miljø/teknisk og samfunnsutvikling deltar i stor grad

Spørsmålet stilles angående tverrsektorielle arbeidsgrupper om folkehelsearbeid. Da er det ikke så merkelig at helsestasjon/skolehelsetjenesten skårer høgest. Tabellen viser også at det er 17 prosent av kommunene som i stor grad deltar i en interkommunal enhet der folkehelse er tema. I ”annet”-feltet nevnes det en del slike samarbeidsfora som med stor sannsynlighet følger grensene for andre typer interkommunalt samarbeid. Det kommenteres også at det er etablert regionråd der folkehelse er en del av strategiplanarbeidet og at andre funksjoner mht. folkehelse er en del av rådets arbeid. Mange påpeker at kommunens folkehelsearbeid nylig er startet opp eller at folkehelsekoordinatoren nylig er ansatt, og at grupper derfor er under etablering på tidspunktet. I den grad slike grupper får et navn kalles de råd eller tverrsektorielt samarbeid. Det er noen som påpeker at ordføreren deltar i tverrfaglige samarbeidsgrupper.

5.2.1 Folkehelse og planlegging

Det er en utfordring å måle i hvilken grad folkehelsearbeidet er integrert i kommunal planlegging. Folkehelsearbeid drives hver dag på mange ulike sektorer. I tekniske enheter som sørger for rent drikkevann, i forebyggende tjenester som fanger opp risikoutsatte individer og setter inn tiltak for å hindre rusavhengighet, fallulykker og psykisk sykdom og helsefremmende tiltak som støtte til lokale arrangementer, aktiviteter og organisasjoner samt økonomiske tiltak for å hindre fattigdom. Alt dette er en del av kommunenes daglige drift. Imidlertid er det ikke sikkert at kommunene klarer å koble de ulike tiltakene og skape en helhetlig folkehelsepolitikk. Det er heller ikke sikkert at kommunens tjenester og aktiviteter har et klart fokus på forebyggende og helsefremmende arbeid i sin tjenesteyting.

For å kunne fange mangfoldet i kommune-Norge i forhold til et såpass bredt mål som folkehelse, er vi tvunget til å operere med

generelle kategorier. Kommunene har blitt framlagt ulike temaer/aktiviteter som er viktige i folkehelsearbeidet og bedt om å svare på om disse er viktige innenfor planleggingen. Problemet med slike brede kategorier som ”skole og utdanning”, ”bolig og boligsosiale forhold” og ”demografi” er at nyansene ikke kommer fram. På bakgrunn av våre data kan vi ikke skille ut de kommunene som har løftet opp folkehelse som et overordnet mål for kommunens virksomhet fra kommuner hvor status er ”business as usual”, dvs. at de har en skolehelsetjeneste eller et tilbud til psykisk syke, men ikke ser disse tjenestene i et folkehelseperspektiv ved at de arbeider helsefremmende og forebyggende. Materialet gir dermed ikke rom for bastante konklusjoner. Likevel er de interessante. Mer enn å vise de ulike temaenes eksakte posisjon i planleggingen viser materialet til at det er en mulighet til å integrere folkehelse i planlegging.

Kommuneplanens samfunnsdel har blitt sett på som et viktig forankringspunkt for folkehelsearbeidet før revideringen av plan- og bygningsloven ble gjort i 2008. Ikke minst har denne planformen blitt framhevet i Helse i Plan – prosjektet som gikk fra 2005 til 2010 (Helsedirektoratet 2009). Kommunene ble derfor spurt om hvorvidt folkehelse omtales i kommuneplanens samfunnsdel. Av 302 kommuner svarte 68 prosent at de omtaler folkehelse i samfunnsdelen. 19 prosent vet ikke om folkehelse omtales i kommuneplanens samfunnsdel. 14 prosent svarer at folkehelse ikke omtales i kommuneplanens samfunnsdel. Det ser dermed ut til at folkehelse har fått en plass i samfunnsdelen i de aller fleste kommunene idet kun 14 prosent av de som besvarte dette spørsmålet er helt sikre på at folkehelse ikke omtales. At 19 prosent av kommunene ikke vet om folkehelse omtales peker i retning av liten bevissthet omkring folkehelse og planlegging i en god del kommuner.

Helse i Plan- undersøkelsen som ble gjennomført i 2008 inneholdt et lignende spørsmål. Her ble planleggere spurt om kommuneplanens samfunnsdel inneholdt et eget punkt om folkehelse. Dette spørsmålet er noe ”strengere” enn denne undersøkelsens spørsmål om kommunene *omtaler* folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel. Likevel er det interessant å sammenligne tallene. I 2008-undersøkelsen svarte 57 prosent at de hadde folkehelse som eget punkt i samfunnsdelen, 11 prosent visste ikke, mens 32 prosent ikke hadde folkehelse som eget punkt (Hofstad og Vestby

2009:37). Gitt 2008-undersøkelsens strengere spørsmålsformulering kan vi ikke konkludere med at det er en økt oppmerksomhet om folkehelse i samfunnsdelen fra 2008- 2011. Men tallene gir grunn til å si at kommunene har et vedvarende høyt fokus på folkehelse i denne plantypen.

Vi er ikke bare interessert i å vite om folkehelse er et tema i planleggingen, men også hvilke temaer som tas opp. Folkehelse-temaene respondentene er bedt om å ta utgangspunkt i, er presentert i tabell 2.1. Vi har bedt respondentene angi de viktigste folkehelse-temaene i følgende planer: Kommunal planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel, kommuneplanens arealdel med bestemmelser, kommunedelplan for folkehelse og økonomiplan/budsjett i kommunen.

Å lage en *planstrategi* ble pliktig i den nye plan- og bygningsloven fra 2008. Trolig er det en del kommuner som ennå ikke har vedtatt en planstrategi. Som vi har sett, er *kommuneplanens samfunnsdel* en planform hvor flere kommuner omtaler folkehelse. *Arealplanen* er mer sektorspesifikk enn samfunnsdelen og det kan tenkes at arealplanen i mange kommuner inneholder få av de folkehelse-temaene vi har hatt med i denne undersøkelsen. Samtidig involveres andre kommunale enheter i mindre grad i utformingen av planen, derfor er det sannsynlig at respondentene, med mindre de arbeider i kommunens planavdeling, ikke kjenner denne så godt. I *økonomiplanen* gjøres økonomiske prioriteringer og den oppleves også som en helt sentral plan i kommunen (Falleth og Stokke 2001). Denne planen bør være kjent for respondentene, men det kan hende at den i mindre grad sees på som en sentral plantype for folkehelsearbeidet.

Vi har også valgt å be kommunene knytte folkehelse-temaene til en eventuell *kommunedelplan for folkehelse*. Denne planformen er omdiskutert i folkehelsepolitikken (Helsedirektoratet, 2009, Sosial- og helsedirektoratet, 2008). På bakgrunn av en ”helse i alt vi gjør”-tilnærming til folkehelsearbeidet kan det tenkes at folkehelse snarere skal integreres i de andre, mer generelle kommuneplanene. Imidlertid kan kommunene ha behov for en strategisk behandling av folkehelse eller for å løfte fram enkelte temaer innenfor folkehelsearbeidet. Det er derfor grunn til å tro at det er en polarisering i materialet ved at denne plantypen er viktig i enkelte kommuner, men uviktig i andre. Denne polariseringen reflekteres

ikke på en god måte i det statistiske materialet og vi har derfor valgt ikke å presentere tallene for denne plantypen i tabells form, men snarere kommentere resultatene i teksten. Resultatene for de andre planformene presenteres i tabellene 5.2, 5.3, 5.4 og 5.5 under.

Tabell 5.2 *Temaer i kommunal planstrategi, prosent, hele tall i parentes.*
N= 284, flere svar mulig

Folkehelse temaer	Omtale i kommunale planstrategier
Demografi	20 (58)
Oppvekstmiljø	18 (51)
Areal- og transportplanlegging/samferdsel	16 (45)
Skole og utdanning	16 (44)
Helse- og omsorgstjenesten	15 (42)
Bolig- og boligsosial forhold	14 (40)
Grønt- og friluftsområder	13 (38)
Kulturaktiviteter	
Fysisk aktivitet	
Universell utforming	13 (37)
Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet	13 (36)
Støy, luft, vann og stråling	12 (35)
Barnehage	12 (34)
Psykisk helse	
Deltakelse på arbeidsmarkedet	11 (30)
Rus (alkohol og narkotika)	
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	10 (29)
Barnevern	10 (28)
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	9 (27)
Smittevern	9 (26)
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	7 (19)
Ingen	
Tobakk	6 (18)
Skader og ulykker	
Ernæring	5 (16)

Det er altså en jevn fordeling på temaene og ingen tema skiller seg nevneverdig ut som spesielt viktige i denne planformen.

Unntakene er økonomiske forhold inkl. fattigdom, tobakk, skader og ulykker samt ernæring som alle får lav skår.

Tabell 5.3 *Temaer i kommuneplanens samfunnsdel, prosent, hele tall i parentes N= 284, flere svar mulig*

Folkehelse temaer	Omtale i kommuneplanens samfunnsdel
Oppvekstmiljø	48 (136)
Demografi	47 (134)
Kulturaktiviteter	43 (121)
Skole og utdanning	
Fysisk aktivitet	40 (114)
Helse- og omsorgstjenesten	40 (113)
Bolig- og boligsosial forhold	38 (109)
Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet	36 (102)
Barnehage	34 (97)
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	
Universell utforming	34 (95)
Grønt- og friluftsområder	33 (93)
Areal- og transportplanlegging/samferdsel	
Deltakelse på arbeidsmarkedet	30 (82)
Psykisk helse	29 (81)
Barnevern	25 (70)
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	
Rus (alkohol og narkotika)	24 (67)
Støy, luft, vann og stråling	23 (65)
Skader og ulykker	20 (58)
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	20 (57)
Ernæring	16 (45)
Smittevern	15 (43)
Tobakk	13 (38)
Ingen	3 (8)

- Halvparten av kommunene vurderer oppvekstmiljø og demografi som viktige tema i kommuneplanens samfunnsdel
- Kulturaktiviteter, skole og utdanning og fysisk aktivitet er viktige temaer i omkring 40 prosent av kommunene

- Ernæring, smittevern og tobakk får liten oppmerksomhet i kommuneplanens samfunnsdel

Tabell 5.4 *Temaer i kommuneplanens arealdel med bestemmelser, prosent, hele tall i parentes N= 284, flere svar mulig*

Folkehelse temaer	Omtale i kommuneplanens arealdel m bestemmelser
Grønt- og friluftsområder	34 (95)
Areal- og transportplanlegging/samferdsel	29 (81)
Universell utforming	20,8 (59)
Bolig- og boligsosial forhold	19 (55)
Støy, luft, vann og stråling	15 (42)
Demografi	14 (40)
Oppvekstmiljø	13 (38)
Fysisk aktivitet	10 (27)
Barnehage	9 (26)
Skole og utdanning	8 (24)
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	7 (21)
Skader og ulykker	7 (20)
Kulturaktiviteter	6 (18)
Helse- og omsorgstjenesten	
Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet	5 (15)
Ingen	3 (7)
Deltakelse på arbeidsmarkedet	2 (6)
Barnevern	
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	
Psykisk helse	2 (5)
Rus (alkohol og narkotika)	1 (4)
Ernæring	1 (3)
Smittevern	
Tobakk	
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	0,7 (2)

- Grønt- og friluftsområder og areal- transportplanlegging/samferdsel er sentrale temaer i arealplanleggingen
- Tobakk, ernæring og rus får liten oppmerksomhet i arealplaner

Disse observasjonene er ikke overraskende tatt i betraktning arealplanens karakter.

Tabell 5.5 *Temaer i økonomiplan/ budsjett, prosent, hele tall i parentes.*
N=284, flere svar mulig

Folkehelse temaer	Omtale i økonomiplan
Helse- og omsorgstjenesten	33 (93)
Barnevern	32 (90)
Barnehage	32 (89)
Skole og utdanning	30 (84)
Psykisk helse	29 (82)
Demografi	28 (78)
Oppvekstmiljø	27 (77)
Kulturaktiviteter	
Bolig- og boligsosial forhold	26 (75)
Fysisk aktivitet	22 (62)
Areal- og transportplanlegging/ samferdsel	19 (55)
Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet	18 (53)
Rus (alkohol og narkotika)	17 (50)
Deltakelse på arbeidsmarkedet	16 (47)
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	16 (45)
Grønt- og friluftsområder	15 (43)
Universell utforming	14 (41)
Sosiale møteplasser/ sosialt nettverk	13 (37)
Smittevern	12 (35)
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	
Støy, luft, vann og stråling	11 (32)
Skader og ulykker	10 (27)
Ernæring	9 (25)
Tobakk	7 (20)
Ingen	4 (11)

- Velferdsoppgavene får mest oppmerksomhet i økonomiplanen
- Psykisk helse, som er ett av våre levekårstema, er omtalt i økonomiplaner i 29 prosent av kommunene

- Fysisk aktivitet, et levevanetema, er omtalt i planer i 22 prosent av kommunene

De ulike planformene har nokså ulik profil. Arealdelen domineres ikke overraskende av temaer knyttet til det fysiske miljøet.

Økonomiplanen fokuserer mest på temaer relatert til levekår som samtidig representerer velferdsoppgaver. Kommunedelplan for folkehelse har mest fokus på levevaner som inneholder temaer som har blitt utpekt som kjernetemaer i folkehelsepolitikken (St meld 16 2002-2003). Disse temaene klarer i liten grad å slå igjennom i planstrategi og kommuneplanens samfunnsdel, som er den planen der det formuleres mål og strategier og der kommunens aktiviteter samordnes. Fokus er hovedsakelig på en blanding av levekår og det å skape støttende sosiale/fysiske miljøer. Tabell 5.6 oppsummerer disse forskjellene ved å kategorisere de viktigste temaene i forhold til vår kategorisering av folkehelse temaene etter om de er relatert til levevaner, levekår, sosialt miljø og fysisk miljø.

Tabell 5.6 *Folkehelse temaer i kommunale planer: Mest fokuserte temaer fordelt på temakategori*

	Plan- strategi	Kommune- planens samfunnsdel	Arealdelen med bestemmelser	Kommune- delplan for folkehelse	Økonomi- plan/ budsjett
Seks viktigste folkehelse- temaer	Blanding av levekår og sosialt/fys isk miljø	Blanding av sosiale miljøer og levekår pluss levevanetemaet fysisk aktivitet	Temaer relatert til det fysiske miljøet dominerer pluss levestandard med fysisk relevans (bolig/boligsos ial, demografi)	Temaer relatert til levevaner mest fokusert	Temaer relatert til levestandard mest fokusert

Det mest interessante med materialet angående planlegging er ikke å se på et enkelt temas posisjon i en gitt planform. Det er mer interessant å se på planleggingens potensial for å understøtte skiftet fra et sektorperspektiv til et kommuneperspektiv slik det beskrives i folkehelsepolitikken (St meld 16 2002-2003, Prop 90L 2010-2011). Folkehelsearbeidet skal ifølge en slik tankegang være

noe mer enn de aktivitetene som foregår innenfor helsetjenesten eller andre sektorer. Snarere innebærer kommuneperspektivet en klargjøring av kommunens oppgaver og ansvar i forhold til folkehelse (St meld 16 2002-2003:77). Hvem som utfører disse oppgavene er underordnet. Folkehelsearbeidet skal dermed ikke foregå i bestemte sektorer, men være en oppgave for kommunen som helhet og underlagt folkevalgt styring. Dette resonnementet aktualiserer samfunnsplanleggingen som en viktig arena for folkehelsearbeidet. Det er her mål og prioriteringer gjøres og ulike interesser avveies.

Kommuneplanens samfunnsdel og planstrategien har et bredt nedslagsfelt, mens arealplanen, delplan for folkehelse og økonomiplanen har en slagside i forhold til enkelte sider av folkehelsearbeidet. De synes å være mer sektorspesifikke: Arealplanen handler om fysisk planlegging og det er dermed de temaene som er mest relevante i forhold til disponering av kommunens arealressurser som sees på som viktigst i denne planformen. Delplan for folkehelse synes å være et svar på de mest presserende levevaneutfordringene. Det er grunn til å tro at denne planformen er den kommunale helsetjenestens plan der målet er å etablere aktiviteter og tiltak i forhold til kjerneutfordringer på folkehelsefeltet. Økonomiplanen handler om hvordan kommunens økonomiske ressurser skal prioriteres. Ikke oppsiktsvekkende kommer dermed velferdsoppgavene høyt opp.

Planstrategien og kommuneplanens samfunnsdel går som hånd i hanske med kommuneperspektivet, her gjøres overordnede prioriteringer av planbehov, målsettinger og aktiviteter. Imidlertid er disse planenes overordnede karakter også deres svakhet. Målene og prioriteringene som gjøres her skal videre operasjonaliseres i underliggende planer. Det fordrer aktiv bruk av planstrategien og samfunnsdelen når disse planene utformes. De mest relevante planene i kommunenes daglige virke er den juridisk bindende arealplanen og økonomiplanen. For å komme i inngrep med denne planleggingen vil folkehelsemålene måtte tilpasse seg deres sektorspesifikke preg. Arealplanen har høy relevans for folkehelsearbeidet, hvor og hvordan transportårer bygges, hvordan offentlige rom utformes og hvilke typer boliger som bygges har betydning for folks helse. Men for at folkehelse skal kunne bidra med relevante perspektiver bør målene gjøres fysisk relevante. Hvordan kan arealplanleggingen bidra til å redusere sosial ulikhet i helse?

Går det an å blinke ut noen fysiske strategier som kan bidra i dette arbeidet? Økonomiplanen er også nært knyttet til praksis. Denne planen viser hvilke aktiviteter som skal prioriteres i kommunen. Resultatene for denne planformen viser kommunenes viktighet som velferdsprodusenter. Utformingen av helse- og omsorgstjenesten, barnevern og skole og utdanning har betydning for befolkningens helse og livskvalitet. Utfordringen, både i forhold til økonomiplanen og arealplanen, ligger i å skape relevante koblinger mellom de prioriteringene som gjøres i overordnede planer og de aktivitetene som foreskrives i de mer detaljerte planene og på den måten etablere en praksis som nærmer seg ”helse i alt vi gjør”.

5.2.2 Folkehelsekoordinatorens og kommuneleges involvering i samfunnsplanleggingen

En annen måte å måle i hvilken grad folkehelse integreres i planleggingen på, er å se i hvilken grad de ansvarlige for folkehelsearbeid i kommunen trekkes inn i samfunnsplanleggingen. Tabell 5.7 viser respondentenes svar på dette spørsmålet.

Tabell 5.7 *Involvering av kommunelege og folkehelsekoordinator i planleggingen, i prosent hele tall i parentes.*

Grad av involvering	Kommunal planlegging	
	Kommunelege, N=278	Folkehelsekoordinator, N= 277
I stor grad	21 (59)	22 (60)
I middels grad	34 (94)	28 (78)
I liten grad	32 (90)	28 (77)
Aldri/uaktuelt	2 (5)	18 (50)
Vet ikke	11 (30)	4 (12)
Totalt	100 (278)	100 (277)

- Det er få forskjeller mellom hvordan respondentene vurderer involvering av kommunelegen og folkehelsekoordinatoren i kommuneplanleggingen
- 55 prosent av kommunelegene involveres i stor eller middels grad, mens 34 prosent involveres i liten grad eller slik involvering er uaktuelt. I 11 prosent av kommunene er

- respondenten ikke sikker på om kommunelegen involveres i planleggingen
- 50 prosent av folkehelsekoordinatorene involveres i planleggingen i stor eller middels grad, mens 46 prosent mener folkehelsekoordinatoren involveres i liten grad eller ser slik involvering som uaktuell i sin kommune
 - 4 prosent av respondentene vet ikke om folkehelsekoordinatorene involveres i planleggingen, noe som er lavere enn for kommunelegene

Respondentene ble bedt om å krysse av hvilke typer planer de ansvarlige for folkehelse involveres i. Resultatet vises i tabell 5.8.

Tabell 5.8 *Involvering av folkehelsekoordinator og kommunelege etter plantype, kommunalt nivå. Prosent, hele tall i parentes.*
N=278, flere svar mulig

Plantype	Kommunelege	Folkehelsekoordinator
Kommuneplanens samfunnsdel	42 (118)	40 (111)
Kommunedelplaner/ Temaplaner	42 (116)	37 (104)
Planstrategi	31 (86)	28 (79)
Økonomiplan	28 (77)	19 (52)
Planprogram	25 (69)	26 (73)
Kommuneplanens arealdel	21 (57)	20 (56)

Igjen er det sammenfall mellom vurderingen av kommunelegen og folkehelsekoordinatorens involvering i planleggingen, her i forhold til spesifiserte plantyper. Det viktigste trekket er at i flertallet av norske kommuner involveres kommunelege og folkehelsekoordinator ikke i planleggingen. I de kommunene disse aktørene involveres ser vi at to plantyper skiller seg ut som de plantypene disse aktørene involveres mest i: kommuneplanens samfunnsdel og kommunedelplaner/temaplaner. Det er med andre ord de strategiske planene kommunelege og folkehelsekoordinator involveres i, mens de involveres i liten grad i arealplan og økonomiplan. Planstrategi og planprogram ble introdusert som nye planformer i plan- og bygningsloven fra 2008. Av disse er

planstrategien viktigst for kommuneleger og folkehelsekoordinatorer.

Det kan se ut til at hvis kommunen har en folkehelsekoordinator så er det større mulighet for at kommuneplanens samfunnsdel omtaler folkehelse temaer enn hvis den ikke har avsatt ressurser til en koordinator. Ved en krysskobling av svarene på spørsmålet om kommunen har folkehelsekoordinator og spørsmålet om folkehelse temaer omtales i kommuneplanens samfunnsdel finner vi at 68 prosent (161) av respondentene i kommuner med folkehelsekoordinator (N=235) oppgir at folkehelse omtales i kommuneplanens samfunnsdel, mens kun 17 prosent (40) oppgir det samme i kommuner der det ikke er avsatt ressurser til en folkehelsekoordinator. 13 prosent (30) av de kommunene som har folkehelsekoordinator omtaler ikke folkehelse tema i kommuneplanens samfunnsdel. Vet ikke-andelen blant kommuner som har folkehelsekoordinator var på 19 prosent (44).

5.3 Helsekonsekvensutredninger

Konsekvensutredning av tiltak på helse (inkludert sosial ulikhet i helse) og trivsel blir fremhevet som et viktig virkemiddel i folkehelsemeldingen (St.meld. 16 2002-2003) og i meldingen om sosial ulikhet (St.meld. 20 2006-2007). Slike helsekonsekvensutredninger kan defineres som en:

Kombinasjon av prosedyrer, metoder og verktøy som kan brukes til å vurdere en politikk, strategi, program eller prosjekt i forhold potensielle konsekvenser for helsen i en befolkning og fordelingen av disse virkningene i en befolkning (Sosial- og helsedirektoratet 2006:12).

Helsekonsekvensutredninger er hjemlet i både plan- og bygningsloven og folkehelseloven (tidligere kommune- helsetjenesteloven) (Asplan Viak 2001).

En gjennomgang av sju konsekvensutredninger viste at, til tross for at virkemidlene er på plass, benytter de ansvarlige for folkehelse i kommunene seg kun sporadisk av muligheten til å øve innflytelse i slike prosesser (Strand et. al 2005). Forfatterens forklaring er at folkehelsesystemets representanter i for liten grad

er seg bevisst hvilken rolle de kan spille i dette systemet. Det finnes imidlertid få norske studier av helsekonsekvensutredninger, og her nøyer vi oss med å kartlegge om kommunene har gjennomført konsekvensutredninger det siste året hvor tiltakets påvirkning på folkehelsen ble vurdert. Av de 278 kommunene som har svart på dette spørsmålet, mener:

- 12 prosent at de har gjennomført slike konsekvensutredninger,
- 67 prosent mener de ikke har utført slike konsekvensutredninger
- 21 prosent vet ikke om konsekvensutredninger av denne typen er gjennomført.

Konsekvensutredninger som et virkemiddel for å fremme helse er med andre ord lite brukt i kommunene.

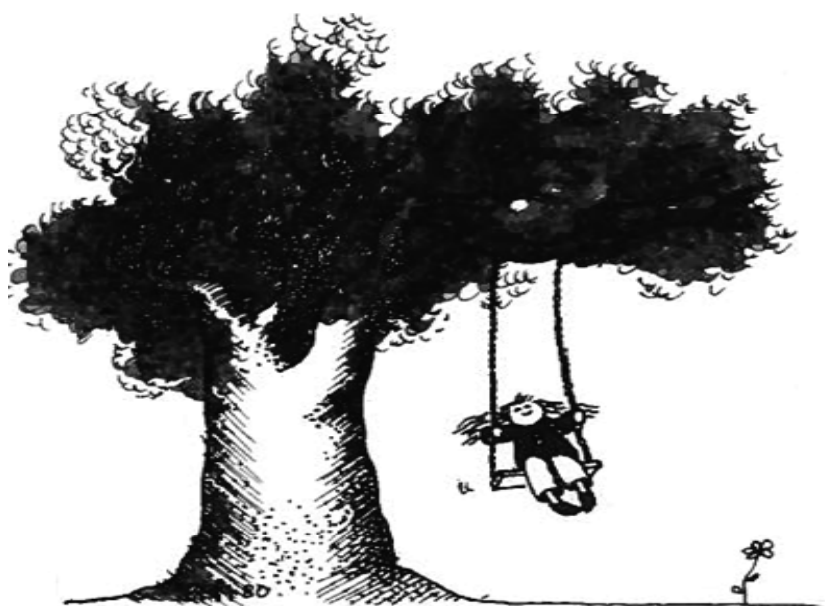
5.4 Oppsummering

Også angående samordning ser det ut til at det er variasjoner mellom kommunene. I spørsmålet om tverrsektorielle arbeidsgrupper så vi at helsestasjoner og skolehelsetjenesten deltar i langt større grad enn andre enheter (deltar i stor grad i 44 prosent av kommunene), med kultur og idrett på en andreplass. 22 prosent av kommunene oppgir at rådmannens stab deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper, mens bare 16 prosent oppgir at plan/miljø/teknisk deltar.

I spørsmålet om integrering av helse i plan er det også stor variasjon mellom kommuner. Plantypene har ulike karakteristika og vil ut fra dem forholde seg til folkehelse temaene på ulike måter, dvs. at i noen planer vil det være mer opplagt at de er omtalt enn i andre. I planstrategien er imidlertid temaene jevnt fordelt i spørsmålet om omtale. I samfunnsdelen omtales alle gruppene av tema vi har listet opp, men oppvekstmiljø, et levekårstema, kommer høgest og er omtalt i 48 prosent av kommunene. I arealdelen er grønt- og friluftsområder omtalt av flest (34 prosent), mens helse- og omsorgstjenesten kommer høgest i økonomiplanen (33 prosent). Involvering av folkehelsekoordinator og kommunelege i

kommunal planlegging er forholdsvis lik, men det viktigste trekket er at de ikke involveres i flertallet av norske kommuner.

Konsekvensutredninger for å fremme helse er lite brukt i norske kommuner.



6 Samstyring i kommunalt folkehelsearbeid

6.1 Innledning

Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt i karakter og kommunene samarbeider mye med eksterne aktører i gjennomføringen av sitt folkehelsearbeid. De samarbeider først og fremst med fylkeskommunen og fylkesmannen, men de samarbeider også med frivillige organisasjoner og aktører i markedet. Dette kapittelet skal presentere kommunale samarbeidsrelasjoner og hvordan de innvirker på kommunenes gjennomføring av folkehelsearbeidet.

6.2 Vertikale og horisontale partnerskap

Partnerskap er basert i en nettverksorientert form for koordinering. I partnerskap kommer ulike aktører med ulike verdigrunnlag, arbeidsoppgaver og ståsteder sammen og forhandler seg fram til løsninger og handlingsalternativer på områder der det er felles interesser (Osborne, 2010, Rhodes, 1997). Partnerskapet fokuserer organisasjonene i deres kontekst og er spesielt opptatt av å koordinere felles innsatser i området mellom ulike organisasjoner og ulike aktører, for eksempel offentlige og private aktører.

Partnerskap kan være formalisert, som i vår sammenheng der vi snakker om at oppgaver og roller er spesifisert, og de kan være uformelle. Hva uformelle partnerskap er, er ikke spesifisert, men trolig vil det dreie seg om alt fra ad-hoc pregede møter til søknader om kommunale midler. Fordi partnerskapene er nettverksorienterte medfører de at aktørene som inngår deltar i definisjonen av oppgaver og roller, de kan selv delta i å bestemme hvordan det arbeidet partnerskapet etableres rundt, skal utformes (Sommerville and Haines, 2008). Dette kan gjøre partnerskapene til mer effektive

redskaper for iverksetting enn hierarkiet, blant annet fordi de kan medvirke til å øke den lokale kapasiteten på folkehelseområdet (Andersen og Røiseland, 2009).

Som en oppfølging av St.meld.nr. 16, 2002-2003 ble det satt i gang forsøk med vertikale og horisontale partnerskap på folkehelseområdet. Med utgangspunkt i fylkeskommunenes rolle som initiativtakere til regionale partnerskap ble de invitert til å bli partnerskapsfylker også på folkehelseområdet. I 2007 var alle fylkeskommuner blitt partnerskapsfylker. Dette innebærer at de hadde inngått partnerskap med Helsedirektoratet og fått stimuleringsmidler for å arbeide med å styrke relasjonene til regionale offentlig, frivillige og private aktører, samt for å initiere partnerskap med kommunene i sin region.

Også kommunene har mottatt partnerskapsmidler, og blant annet ble de anbefalt og bruke dem for å ansette folkehelsekoordinator. I 2008 var det 61 prosent av kommunene som hadde inngått partnerskap om folkehelse med fylkeskommunen (135), i 2011 er det 59 prosent av kommunene som har det (205). Antallet kommuner som har inngått partnerskapsavtale har økt.

Det er også flere kommuner som har inngått i horisontalt samarbeid på kommunalt nivå, økningen er fra 14 prosent, ca. 60 kommuner, til 44 prosent, 153 kommuner. Det er også langt flere som mottar stimuleringsmidler i 2011 enn det var i 2008 (fra 131 til 190 kommuner). Den mest markante endringen er at andelen kommuner som har ansatt folkehelsekoordinator har steget fra 128 til 258, dvs. at det i 2011 er 74 prosent av kommunene som har folkehelsekoordinator.

59 prosent av kommunene har altså inngått vertikale partnerskap med fylkeskommunen de er lokalisert i. Det kan se ut til at kommunene mener at dette er positivt og at de får tilgang til ikke-materielle ressurser, ikke bare stimuleringsmidler, gjennom relasjonen de etablerer til fylkeskommunen på denne måten. Respondentenes oppfatninger angående hvilke ressurser de får tilgang til gjennom partnerskap med fylkeskommunen vises i tabell 6.1.

Tabell 6.1 *Andel kommuner som mener at de får tilgang til ulike ressurser gjennom partnerskapet med fylkeskommunen. Prosent, hele tall i parentes (N=206), flere svar mulig*

Kommunene får tilgang til gjennom partnerskapet	Andel kommuner
Stimuleringsmidler fra fylkeskommunen	92 (190)
Råd og veiledning	89 (183)
Erfaringsnettverk	79 (163)
Kompetanseutvikling	72 (148)
Innovativ kunnskap om folkehelse	53 (109)
Formalisert samarbeid med aktuelle aktører	42 (87)

- Flest kommuner peker på stimuleringsmidler som de ressursene de får fra fylkeskommunen for å drive sitt folkehelsearbeid.

Vi så i kapittelet om fylkeskommuner at ikke alle hadde tatt initiativet til å inngå partnerskap med kommunene i sitt geografiske område. Det betyr ikke at fylkeskommuner ikke tar initiativ og er pådrivere overfor «sine» kommuner i folkehelsearbeidet, men at samarbeidet tar andre former. For eksempel viste tabell 3.11 at alle fylkeskommunene arbeider med å gi råd og veiledning til kommunene om lokalt folkehelsearbeid, avholde seminarer, konferanser og skape møteplasser, samt etablere erfaringsnettverk mellom kommuner, altså oppgaver som er i tråd med de ikke-materielle ressursene kommunene oppfatter at de får tilgang til gjennom partnerskapet. Tabell 3.1 om folkehelsekoordinators arbeidsoppgaver viste at i 18 fylkeskommuner oppfatter respondentene at oppgavene blant annet består av kompetanseoverføring til kommunene, i 17 at kontakt med enkeltkommuner er en viktig oppgave, samt nettverksarbeid, mens i 16 mener de at folkehelsekoordinators arbeidsoppgaver også omfatter forvaltning av tilskuddsmidler. Fra utkikkspunktet til respondentene i fylkeskommunen foregår det altså ganske mye i den vertikale relasjonen mellom fylkeskommuner og kommuner.

For å få et bredere bilde av hva som er innholdet i denne relasjonen, har vi, i tillegg til de forholdsvis brede kategoriene i tabell 6.1 over, også spurt kommunene om hvilke konkrete aktiviteter fylkeskommunen og fylkesmannen har bidratt med i tilknytning til kommunenes folkehelsearbeid og vi har spurt om

hvilke temaer fylkeskommunen og fylkesmannen fokuserer på i oppfølgingen av kommunalt folkehelsearbeid. Aktiviteter vises i tabell 6.2, deretter vises tema i tabell 6.3. Ettersom det er fylkeskommunes relasjoner med kommunene som er de viktige i vår sammenheng har vi latt dennes oppfølging være førende i presentasjonen.

Tabell 6.2 *Kommunale respondenter oppfatning av fylkeskommuners og fylkesmenns aktiviteter tilknyttet kommunens folkehelsearbeid. Prosent, hele tall i parentes (N=268), flere svar mulig*

Aktiviteter	Fylkeskommuner	Fylkesmann
Økonomiske midler og tilskudd	75 (200)	42 (111)
Seminarer og konferanser	74 (199)	58 (159)
Partnerskapssamarbeid	66 (177)	22 (58)
Råd og veiledning	56 (151)	47 (127)
Kunnskap om helsetilstand og helseutfordringer	51 (137)	38 (103)
Kunnskap om påvirkningsfaktorer	46 (125)	35 (93)
Etablering av kommunenettverk	44 (118)	21 (55)
Kompetansebygging og videreutdanning	42 (112)	38 (103)
Kunnskap om samfunnsplanlegging	39 (104)	38 (103)
Støtte i enkeltsaker	31 (83)	23 (61)
Tiltaksutvikling	29 (77)	15 (40)

- Tre av fire kommunale respondenter oppfatter at økonomiske midler og tilskudd, samt seminarer og konferanser er en del av aktivitetene i relasjonen mellom fylkeskommunen og egen kommune.
- Noe over halvparten av kommunale respondenter oppfatter at kunnskap om helsetilstand er en aktivitet i relasjonen mellom fylkeskommunen og egen kommune.

Det var inkludert en avkrysningsmulighet for at fylkeskommuner og fylkesmenn ikke bidro til kommunalt folkehelsearbeid. Ni kommunale respondenter krysset av for at fylkeskommunen ikke bidro, mens 15 krysset av for at fylkesmannen ikke bidro. Det er ingen aktiviteter som skiller seg ut ved at kommunale respondenter oppfatter at fylkesmannen bidrar mer enn fylkeskommunen med

aktiviteter tilknyttet kommunalt folkehelsearbeid, men i spørsmålet om kunnskap om samfunnsplanlegging kommer de to instansene så godt som likt ut. Tabellen nedenfor viser altså hvilke tema kommunale respondenter mener at fylkeskommunen og fylkesmannen fokuserer i sin oppfølging av lokalt folkehelsearbeid.

Tabell 6.3 *Kommunale respondentes oppfatning av tema fylkeskommuner og fylkesmannen fokuserer i sin oppfølging av lokalt folkehelsearbeid. Prosent, hele tall i parentes (N=264), flere svar mulig*

Tema	Fylkeskommuner	Fylkesmann
Fysisk aktivitet	51 (135)	24 (62)
Ernæring	41 (108)	27 (70)
Tobakk	35 (92)	28 (74)
Universell utforming	33 (86)	25 (67)
Areal- og transportplanlegging/ samferdsel	29 (76)	22 (59)
Rus	28 (75)	35 (93)
Skole og utdanning	28 (74)	32 (84)
Kulturaktiviteter	27 (70)	8 (20)
Grønt- og friluftsområder	25 (65)	20 (53)
Medvirkning fra frivillige grupper	23 (60)	10 (25)
Oppvekstmiljø	23 (60)	32 (84)
Psykisk helse	20 (53)	33 (88)
Demografi	17 (45)	21 (55)
Sosiale møteplasser/ sosialt nettverk	13 (35)	10 (27)
Helse- og omsorgstjenester	13 (35)	36 (96)
Skader og ulykker	13 (35)	12 (31)
Barnehage	11 (30)	24 (64)
Bolig- og boligsosiale forhold	11 (29)	22 (57)
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	10 (27)	14 (37)
Økonomiske forhold, inkludert fattigdom	10 (26)	27 (57)
Støy, luft, vann og stråling	9 (25)	17 (45)
Deltakelse på arbeidsmarkedet	8 (22)	11 (30)
Barnevern	7 (18)	34 (90)
Smittevern	7 (18)	24 (63)
Uaktuelt	4 (11)	4 (11)

- De tema som nevnes av flest kommuner angående oppfølging fra fylkeskommunen er de individuelle levevane-temaene fysisk aktivitet, ernæring, tobakk på de tre øverste plassene, med rus på 6. plass.
- De tema kommunene nevner at fylkesmannen hyppigst følger opp er helse- og omsorgstjenester (36 prosent), rus (35 prosent), barnevern (34 prosent) og psykisk helse (33 prosent).

Tabellen viser at variasjonene i stor grad følger variasjoner i fylkeskommunenes og fylkesmennenes roller og etablerte oppgaver overfor kommunene. Fylkesmannen er en del av styringslinjen og skal i den sammenheng følge opp at kommunene arbeider for å iverksette oppgaver staten har bestemt ved lov. I tilknytning til Samhandlingsreformen vil for eksempel fylkesmannen ha som oppgave å følge opp at kommunene dimensjonerer sine helse- og omsorgstjenester på riktig måte, samt at folkehelse- og rehabiliteringsoppgaver iverksettes som forventet. Fylkesmannen har også kontroll- og tilsynsoppgaver som medfører at det er kontakt mellom fylkesmannen og kommunene angående bestemte oppgaver.

6.2.1 Lokale partnerskap

Kommunene samarbeider med frivillige organisasjoner på folkehelseområdet og dette samarbeidet kan være mer eller mindre formalisert. I undersøkelsen gjennomført i 2008 spurte vi om kommunene hadde inngått lokale partnerskap, og spørsmålet var ikke mer spesifisert. I 2011 er partnerskapsbegrepet gjort mye mer spesifikt, nemlig at oppgaver og roller er spesifisert i avtale. Det er få kommuner som har gjennomført dette, men det er flere som oppgir at de involverer lokale aktører på andre måter. Hvordan lokale aktører involveres, vises i tabell 6.4.

Tabell 6.4 *Involvering av private og frivillige aktører i kommunalt folkehelsearbeid. Prosent, hele tall i parentes (N=225), flere svar mulig*

Type involvering	Andel kommuner
Lokal aktører bidrar til tiltaksutvikling	62 (140)
Uformell kontakt	60 (133)
Lokale aktører deltar i råd og utvalg	42 (95)
Lokale aktører kommer med innspill til mål og strategier	41 (92)
Lokale partnerskap (oppgaver og roller spesifisert i avtale)	18 (40)

- Kun 18 prosent av kommunene arbeider med den organiserte partnerskapsformen for å involvere private og frivillige aktører i sitt folkehelsearbeid.
- 62 prosent av kommunene involverer private og frivillige aktører i tiltaksutvikling på folkehelseområdet og
- 60 prosent har uformell kontakt med slike aktører.
- I omlag 2/3 av kommunene er privat/frivillig sektors bidrag til folkehelsearbeidet tiltaksutvikling, mens 40 prosent av kommunene rapporterer at privat/frivillig sektor gir innspill til mål og strategier på folkehelseområdet.

Tabellen viser at det er mye samarbeid mellom kommuner og private/frivillige aktører som ikke er formalisert i partnerskap. At uformell kontakt er den viktigste formen for samarbeid mellom kommunene og frivillig sektor er en indikasjon på at det er en nærhet mellom sivilsamfunn og lokale myndigheter. Det vil si at det er en lav terskel for å ta uformell kontakt, noe som også er et funn i forskning på interaksjonen mellom organisasjoner og lokale myndigheter i planprosesser i to norske kommuner (Hofstad in prep). Et annet interessant aspekt ved samarbeidet mellom privat/frivillig sektor og kommunen er privat/frivillig sektors rolle som iverksetter av lokal politikk. Tiltaksutvikling er den hyppigste formen for samarbeid. Relasjonen er i mange kommuner handlingsorientert. Private/frivillige aktører bidrar sjeldnere til

politikkutforming i form av å gi innspill til mål og strategier og kun i 18 prosent av kommunene deltar de i forpliktende samarbeid slik partnerskapsformen er et eksempel på.

Vi stilte et spørsmål om hvilke private og frivillige aktører de har inngått partnerskap med hvis kommunene hadde inngått partnerskap. Det var ikke mulig å kanalisere bare de som svarte positivt på inngått partnerskap i forrige spørsmål til dette spørsmålet, kommunale respondenter ser derfor ut til å ha svart på dette spørsmålet uavhengig av svaret på det forrige. Vi har derfor samme totale svarprosent på disse to spørsmålene. Det er dermed uklart hvilken type samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner svarene nedenfor forholder seg til. Svarene gir uansett et bilde av hvilke typer organisasjoner det samarbeides med, og de fordelte seg som vist i tabell 6.5.

Tabell 6.5 *Typer av frivillige og private aktører og andelen kommuner som har etablert partnerskap med dem. Prosent, hele tall i parentes (N=225), flere svar mulig*

Type aktør	Andel kommuner som har partnerskap eller inngått samarbeid
Idrettsorganisasjoner	24 (55)
Friluftslivsorganisasjoner	15 (34)
Organisasjoner for brukere av helsetjenester	12 (26)
Nasjonalforeningen for folkehelsen	11 (24)
Private frivillighetssentraler	11 (24)
Seniororganisasjoner	10 (22)
Barne- og ungdomsorganisasjoner	6 (14)
Veldedige organisasjoner	6 (13)
Private bedrifter	5 (12)
Private barnehager og skoler	4 (9)
Politiske partier	4 (8)
Innvandrerorganisasjoner	3 (7)
Arbeidslivsorganisasjoner	1 (2)

- Flest kommuner som har inngått i partnerskap har gjort det med idrettsorganisasjoner, 24 prosent og friluftsportorganisasjoner, 15 prosent.
- Organisasjoner for brukere av helsetjenester er det 12 prosent av kommunene som har partnerskap med.

De resterende typene aktører er det få som har inngått i partnerskap med, færrest har inngått partnerskap med arbeidslivsorganisasjoner og innvandrersorganisasjoner. I og med at så mange som 62 prosent mener at private og frivillige bidrar til tiltaksutvikling kan det tenkes at samarbeidet dreier seg om både søknader om midler, som kan være eksempler på samarbeidsformer som ikke er like formalisert som partnerskapsavtalene, andre former for skriftlige avtaler, samt mer ad-hoc pregede møter der folkehelseiltak diskuteres.

6.2.2 Annen kontakt med private og frivillige aktører

Innledningsvis beskrev vi partnerskapet som en samarbeidsform som var i stand til å sikre likeverd gjennom gjensidig avhengighet mellom deltakere og som ivaretar kontinuitet i samarbeidet. For å få et bilde av samarbeid og kontakt utover partnerskap ble de kommunale respondentene bedt om å markere hvor ofte de har kontakt (daglig, ukentlig, månedlig, årlig, sjelden, uaktuelt, vet ikke) med et utvalg private og frivillige aktører.

Dette er et utfordrende spørsmål. Det er vanskelig for en respondent å ha oversikt over den kontakten alle som er involvert i folkehelsearbeid har med private og frivillige aktører. Vi antar at ”vet ikke”- svar betyr at respondenten selv ikke har kontakt med den gitte organisasjonen og vi slår derfor sammen svaralternativene ”sjelden”, ”uaktuelt” og ”vet ikke” når resultatene presenteres. Vi viser først en oversikt over de organisasjonene som flertallet av kommunale respondenter mente det sjelden var kontakt med.

Tabell 6.6 *Kommunenes kontakt med private og frivillige aktører: Sjelden kontakt. Prosent, hele tall i parentes. N=254, flere svar mulig*

Privat/frivillig aktør	Sjelden kontakt
Arbeidslivsorganisasjoner (LO, NHO o.l)	80 (204)
Innvandrerorganisasjoner	74 (189)
Private bedrifter	65 (166)
Private frivillighetssentraler	59 (150)
Private barnehager/skoler	56 (142)

- Kommuner har sjeldnest kontakt med arbeidslivsorganisasjoner angående folkehelsearbeid
- Kommuner har også sjelden kontakt med innvandrerorganisasjoner, 74 prosent har ikke kontakt

Etter disse finner vi organisasjoner hvor tyngdepunktet i kontakthypptigheten ligger fra månedlig til sjelden kontakt (her er uaktuelt og vet ikke kategoriene ikke inkludert).

Tabell 6.7 *Kommunenes kontakt med private og frivillige aktører: Månedlig eller sjelden kontakt. Prosent, hele tall i parentes N=254, flere svar mulig*

Privat/frivillig aktør	Månedlig eller sjelden kontakt
Helseorganisasjoner	76 (192)
Seniororganisasjoner	74 (188)
Organisasjoner for brukere av offentlige tjenester	72 (184)
Barne- og ungdomsorganisasjoner	72 (184)
Veldedige organisasjoner	70 (177)
Politiske partier	62 (162)

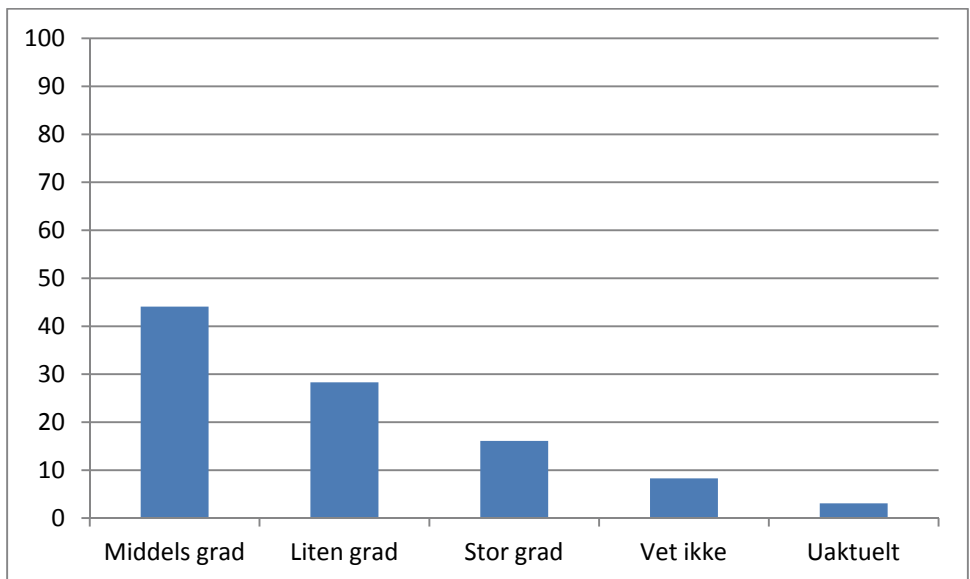
- Kommuner har sjelden kontakt med organisasjoner som kan karakteriseres som kjerneorganisasjoner i folkehelsearbeidet: helseorganisasjoner, seniororganisasjoner, organisasjoner for brukere av offentlige tjenester, barne- og ungdomsorganisasjoner og veldedige organisasjoner
- Kommuner har sjelden kontakt med politiske partier i folkehelsearbeid

To typer organisasjoner utmerker seg som aktører kommunene er i hyppig kontakt med, dette er **idrettsorganisasjoner** og **friluftsgesamferdsorganisasjoner**. Henholdsvis 78 og 65 prosent av kommunale respondenter oppgir at de har fra daglig til årlig kontakt med disse organisasjonene. For idrettsorganisasjonene er det hele 48 prosent av kommunale respondenter som oppgir å ha ukentlig til månedlig kontakt. Dette resultatet er på linje med resultatene i helse i plan og partnerskapsundersøkelsen som viste at fysisk aktivitet var et hovedsatsingsområde i det lokale folkehelsearbeidet også i 2008 (Hofstad og Vestby 2009, Ouff et al 2010).

6.2.3 Samarbeid med private/frivillige aktører

Både privat og frivillig sektor blir fremhevet som en viktig aktør i folkehelsearbeidet. I hvilken grad samarbeider kommunene med slike aktører? Resultatet presenteres i figur 4.6.

Figur 6.1 *Grad av samarbeid mellom kommuner og frivillige og private aktører. Prosent (N=254)*



- Nærmere tre fjerdedeler av respondentene mener kommunen samarbeider med privat og frivillig sektor i middels til liten grad (72 prosent)

- I 16 prosent av kommunene oppfatter respondentene at det samarbeides med privat og frivillig sektor i stor grad

Kommunene har også blitt spurt om hvilke temaer som anses som viktigst i samarbeidet med private og frivillige aktører. Her har vi brukt operasjonaliseringen av folkehelsearbeid i 24 temaer som vist i tabell 2.1. Enkelte av disse temaer skiller seg ut som spesielt viktige i samarbeidet med privat/frivillig sektor. Dette er:

- Fysisk aktivitet (82 prosent)
- Kulturaktiviteter (68 prosent)
- Sosiale møteplasser/sosialt nettverk (56 prosent)

Andre temaer som fokuseres i om lag en tredjedel av kommunene er:

- Grønt -/ friluftsområder (38 prosent)
- Oppvekstmiljø (37 prosent)
- Psykisk helse (31 prosent)

Under ti prosent av kommunene mener disse temaene er viktige samarbeidstemaer med privat/frivillig sektor:

- Økonomiske forhold inkludert fattigdom
- Barnevern
- Tobakk
- Demografi
- Smittevern
- Skader og ulykker
- Støy, luft, vann og stråling
- Areal- og transportplanlegging

Levevanetemaet fysisk aktivitet skiller seg altså ut ved å være samarbeidstema i de fleste kommuner. Dette rimer godt med funnet vist over at idrettsorganisasjoner er den aktøren kommunene har hyppigst kontakt med. De andre temaene som ofte er gjenstand for samarbeid bidrar til å skape støttende sosiale miljøer (kulturaktiviteter og sosiale møteplasser/nettverk). Av levekårs-temaene er det psykisk helse som oftest er gjenstand for samarbeid, mens grønt- og friluftsområder er viktigste temaet innenfor

kategorien fysisk miljø. Her er det grunn til å tro at det er samarbeid med friluftsansjoner respondentene tenker på.

6.2.4 Kontakt med offentlige aktører

Respondentene har blitt bedt om å markere hvor ofte kommunen har kontakt (daglig, ukentlig, månedlig, årlig, sjelden, uaktuelt, vet ikke) med et utvalg offentlige aktører i folkehelsearbeidet. Dette er et utfordrende spørsmål fordi det er vanskelig for respondenten å bedømme kontakthypigheten dersom det legges til grunn en bred forståelse av folkehelsearbeidet. Med folkehelse forstått som "helse i alt vi gjør" er det mange impliserte parter i kommunene som hver har sine kontakter med eksterne offentlige aktører. Respondentene uttrykker usikkerhet i forhold til om kommunen har kontakt med de fleste av disse aktørene, noe som kan være avledet av en følelse av lite oversikt over kontaktmønsteret til alle som er involvert i folkehelsearbeidet. I retrospekt burde vi holdt oss til å spørre hvilke aktører folkehelsekoordinatoren har kontakt med. Samtidig kan et "vet ikke"- svar tolkes som at respondenten selv ikke har kontakt med den gitte aktøren. Det gir derfor mening å slå sammen svarkategoriene "sjelden", "uaktuelt" og "vet ikke" til en variabel som uttrykker sjelden kontakt. Flertallet av kommuner har sjelden kontakt med følgende offentlige aktører:

Tabell 6.8 *Kommunenes kontakt med offentlige aktører: Sjelden kontakt. Prosent, hele tall i parentes (N= 255 – 257), flere svar mulig*

Offentlig aktør	Sjelden kontakt
Klima- og forurensningsdirektoratet	91 (233)
Statens arbeidsmiljøinstitutt	90 (229)
Statens Strålevern	86 (220)
Utdanningsdirektoratet	85 (218)
Arbeidstilsynet	75 (191)
Andre kompetansesentra	75 (191)
Statens Helsetilsyn	73 (186)
Fylkesmannens miljøvernavdeling	71 (182)
Fylkesmannens øvrige avdelinger	66 (169)
Kompetansesenteret for rusområdet (KORUS)	65 (166)
Bufetat	63 (160)
Folkehelseinstituttet	62 (159)
Helsedirektoratet	62 (159)
Mattilsynet	61 (157)
Statlige helseforetak	60 (154)

For alle disse gjelder det at kun et lite antall kommuner har det en kan karakterisere som regelmessig kontakt (daglig og månedlig kontakt) med aktørene i tabellen over. Hvilke aktører er det så som *er* i regelmessig kontakt med kommunene? Fire offentlige aktører skiller seg ut. Disse er presentert i tabell 6.9 under.

Tabell 6.9 *Kommunenes kontakt med offentlige aktører: Regelmessig kontakt (daglig – månedlig). Prosent, hele tall i parentes (N=255-257), flere svar mulig*

Offentlig aktør	Regelmessig kontakt
Annen kommune	63 (163)
Fylkesmannens helseavdeling	60 (154)
Fylkeskommunen	56 (144)
NAV	53 (133)

Tabellen viser at det er forholdsvis mye kontakt mellom kommunene og andre offentlige aktører. Det er mer kontakt mellom kommuner enn det er mellom kommuner og NAV, og det er mer

kontakt mellom kommuner og fylkesmannens helseavdeling enn det er mellom kommuner og fylkeskommuner. Vi har også bedt kommunene om å vurdere innflytelsen til aktuelle instanser/fora hvor private/frivillige aktører er representert. Tabell 6.10 viser resultatene av dette spørsmålet.

Tabell 6.10 *Råd/partnerskap sin innflytelse på prioriteringer i folkehelsearbeidet. I prosent, hele tall i parentes (N=254), flere svar mulig*

Forum	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktuelt	Vet ikke	Totalt
Eldreråd	14 (34)	49 (124)	25 (64)	3 (8)	9 (24)	100 (254)
Råd for mennesker m nedsatt funksjonsevne	16 (41)	46 (117)	24 (60)	4 (9)	10 (27)	100 (254)
Idrettsråd	15 (38)	44 (112)	20 (3)	8 (19)	13 (34)	100 (254)
Barne- og ungdomsråd eller tilsvarende	17 (43)	35 (90)	28 (69)	8 (20)	12 (32)	100 (254)
Partnerskap for folkehelse	25 (64)	29 (73)	10 (26)	21 (53)	15 (38)	100 (254)

- Det tydeligste trekket er at flest kommuner mener disse foraene gis middels innflytelse på prioriteringer i folkehelsearbeidet
- Partnerskap for folkehelse vurderes til å ha stor grad av innflytelse på prioriteringer i 25 prosent av kommunene. Dette er høyere skår enn de andre foraene oppnår
- Det er flere som vurderer partnerskap for folkehelse som et uaktuelt forum angående prioriteringer i folkehelsearbeidet sammenlignet med de andre foraene

6.3 Oppsummering

Over halvparten av kommunene (59 prosent) har inngått i vertikale partnerskap med fylkeskommunen og det ser ut til at de oppfatter dette som positivt i den forstand at de får tilgang til ressurser av både materiell og immateriell karakter. 92 prosent av kommunene

får for eksempel tilgang til stimuleringsmidler, mens 89 prosent får tilgang til råd og veiledning. Dette stemmer med observasjonene angående det fylkeskommunale arbeidet der det kom fram at alle fylkeskommunene arbeider med å gi råd og veiledning.

Kommunene oppfatter at både fylkeskommuner og fylkesmenn er aktive i folkehelsearbeidet og deres oppfatninger er at aktiviteten er knyttet til de respektive institusjonenes roller og oppgaver overfor kommunene generelt. Temaet flest kommunale respondenter mente at fylkeskommunen følger opp er fysisk aktivitet (51 prosent). Deretter følger ernæring og tobakk med henholdsvis 41 og 35 prosent, begge levevanetemaer.

Kommunene samarbeid med lokale aktører på mange forskjellige måter. Den vanligste måten er at lokale aktører bidrar med tiltaksutvikling (62 prosent), deretter følger uformell kontakt (60 prosent), deltakelse i råd og utvalg (42 prosent), mens partnerskap på lokalnivået er det bare 18 prosent av kommunene som har inngått. De kommunene som har inngår i en form for samarbeid eller partnerskap har 24 prosent gjort det med idrettsorganisasjoner og 15 prosent med friluftsansjoner. Dette er også organisasjoner som kommunene har ganske hyppig kontakt med. Organisasjoner for brukere av helsetjenester kommer på 3. plass (12 prosent). Organisasjoner for spesifikke grupper av befolkningen, for eksempel barn og unge, eldre og innvandrere kommer ganske langt nede på listen, det gjør også private aktører. I den grad det er kontakt med slike organisasjoner er den også sjelden. Samlet er respondentenes oppfatning at de i middels grad samarbeider med frivillig og privat sektor.

Kontakten med offentlige aktører varierer også, men hovedtrekket er at det er hyppig kontakt med andre kommuner (63 prosent), fylkesmannens helseavdeling (60 prosent), fylkeskommunen (60 prosent) og NAV (53 prosent).



7 Fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv?

7.1 Innledning

Tre hovedtrekk ved folkehelsepolitikken kan spores i vårt datamateriale:

- Det er helseorientert
- Det er variert
- Fylkeskommunen kan innta en sentral plass

Helseorienteringen ser vi i alt fra organisatorisk plassering av folkehelsekoordinatorene i kommunene, det faktum at kommunelege eller helsesjef oftest er nærmeste leder, at de ofte må kombinere sine små deltidsstillinger med administrative eller brukerrettede arbeidsoppgaver i helseavdelingen eller i helsestasjon/skolehelsetjeneste, friskliv- og fysisk-tiltak. Vi ser det også i temaene som oftest er nevnt som utfordringer og prioriteringer, de sentrerer rundt levevanetemaene med fysisk aktivitet på topp. Fylkeskommunene skiller seg ut ved at flest mener at skole og utdanning er hovedutfordringen. Fysisk aktivitet og skole og utdanning er tema som kan bygge bro mellom sektorer fordi de har en klar fysisk komponent og dermed enkelt kan inkluderes i arealplaner, som er den viktigste plantypen ved siden av økonomiplanen i og med at de er juridisk bindende. Andre folkehelse tema har ikke en like tydelig fysisk komponent og inkludering i planleggingen kan dermed være mer problematisk.

Likevel er bildet av hva folkehelse defineres og utformes som i kommunene variert. Det er variert med hensyn først og fremst til menneskelige ressurser og organisatorisk tilknytning. Ved sin organisatoriske tilknytning kobler folkehelsekoordinatorene

folkehelse til mange ulike arbeidsområder i kommunene og folkehelsearbeidet tar farge av det. Selv om det er levevanetemaer som dominerer som utfordring og prioritering både i kommunene og i relasjonen mellom kommuner og fylkeskommuner, arbeides det også med temaer knyttet til levekår samt sosialt og fysisk miljø.

Relasjonen mellom kommuner og fylkeskommuner er også preget av at fysisk aktivitet står sentralt i det kommunale utfordringsbildet. Kommunene får tilgang til materielle ressurser som stimuleringsmidler, men de får også tilgang til immaterielle ressurser som råd og veiledning. Informasjonen vi har fått fra fylkeskommune og kommuner peker i retning av at understøttelsesarbeidet fylkeskommunene skal gjennomføre overfor kommuner i stor grad tilpasser etterspørselen fra kommunene. Denne er levevaneorientert, samtidig som det er skole og utdanning som oppfattes som fylkeskommunens største utfordring og som er deres prioritering på folkehelsefeltet. Dette er et tema fylkeskommunen kan arbeide med i videregående skoler, som er deres ansvarsområde, men det avspeiles ikke veldig tydelig i fylkeskommunenes kontakt med kommuner (rangeres som 4. viktigste tema i kontakten). Det kan dermed tenkes at fylkeskommunene opererer med en todeling av sitt folkehelsearbeid: I egen tjenesteproduksjon og mot kommuner. Informasjonen vi har fått fra kommunene tyder på at fylkeskommunens rolle som pådriver kan bli tydeligere angående tema som faller inn under levekår, samt fysisk og sosialt miljø.

Orienteringen i kommunene og i relasjonen mellom kommuner og fylkeskommuner mot levevanetemaer, kan tyde på at det fortsatt er et stykke fram til at påvirkningsperspektivet blir det mest sentrale i kommunal folkehelsepolitikk. Disse poengene utdypes videre i kapittelet.

7.2 Påvirkningsperspektivet i folkehelsepolitikken

Folkehelsepolitikken har som mål at folkehelsearbeidet skal bidra til en overgang fra et sykdomsperspektiv til et påvirkningsperspektiv. Sykdomsperspektivet innebærer at innsatsen rettes mot å forebygge konkrete sykdommer, mens påvirkningsperspektivet handler om å rette oppmerksomheten mot bakenforliggende

materielle og sosiale faktorer og risikofaktorer som påvirker helsen og fordelingen av helse i befolkningen (Helsedirektoratet, 2010). Folkehelsepolitikken presenterer dette som en årsakskjede hvor det første leddet består av materielle og sosiale ressurser som inntekt, arbeid, oppvekstvilkår og utdanning (St. meld. 20, 2006-2007, Helsedirektoratet, 2010:40). Tiltak som bidrar til at flere fullfører videregående utdanning er et eksempel på innsats som vil styrke slike materielle og sosiale ressurser og dermed også helseatferd og helsetilstand (Helsedirektoratet, 2005, Helsedirektoratet 2010:41). Neste ledd består av risikofaktorer for helse, slik som helseatferd, bomiljø og arbeidsmiljø (ibid). Levevaner som røyking og drikking er et eksempel på slike risikofaktorer som har en dokumentert effekt på helsen. Samtidig er det slik at helseatferd påvirkes av de bakenforliggende faktorene beskrevet over og risikofaktorer for helse kan dermed ikke håndteres gjennom et ensidig fokus på levevaner. Siste ledd i helseårsakskjeden omfattes av helse-tjenestene hvor sykdom behandles (ibid).

Spørsmålet vi er interessert i her, er om vi på bakgrunn av dataene som er presentert kan se om folkehelsearbeidet har utviklet seg fra det tradisjonelle sykdomsperspektivet vist i helseårsakskjedens tredje ledd til et påvirkningsperspektiv hvor innsatsen rettes mot å styrke folks materielle og sosiale ressurser og redusere risikofaktorer for helse. Hva kan være indikatorer på en slik utvikling? I kartleggingen av det regionale og kommunale folkehelsearbeidet har vi brukt et sett med folkehelsetemaer som vi har kategorisert etter om de omhandler levevaner, levekår, sosialt miljø eller fysisk miljø, de ble presentert i kapittel 2, tabellene 2.1 og 2.2. Her skal vi se nærmere på hvordan disse temaene plasserer seg i forhold til helseårsakskjeden.

Temaene i tabellene har blitt kartlagt i forhold til mange ulike aktiviteter. Her vil vi for det første starte med å se i hvilken grad materielle og sosiale faktorer samt risikofaktorer nevnes som hovedprioriteringer i kommunenes folkehelsearbeid og i konkrete folkehelsetiltak. For det andre vil vi se i hvilken grad påvirkningsperspektivet er tilstede i ulike kommunale planer. For det tredje vil vi rette oppmerksomheten mot det tverrsektorielle arbeidet, både på tvers av kommunale virksomheter og samarbeid med aktører utenfor kommuneadministrasjonen, med private/frivillige aktører.

En utfordring i forhold til spørsmålet om vi kan observere en overgang fra sykdomsperspektivet til påvirkningsperspektivet er at det hovedsakelig er faktorer som er relevante for et påvirkningsperspektiv som har fått oppmerksomhet i undersøkelsen. Det vi måler er med andre ord hvor langt bakover i årsakskjeden kommunene går i forhold til en del utvalgte aktiviteter.

7.2.1 Påvirkningsperspektivet i ulike kommunale aktiviteter

Kommunene har blitt spurt om deres hovedprioriteringer på folkehelseområdet, svarene er gjengitt i figur 4.5. Her svarer 34 prosent av kommunene at de har levevaner som hovedprioritet. Det vil si at de konsentrerer seg om risikoreduserende tiltak i sitt folkehelsearbeid. Når det gjelder levekår, som omhandler sosiale og materielle ressurser som er ett hakk lenger bak i årsakskjeden, er det kun 6 prosent av kommunene som har dette som hovedprioritet. Samme mønsteret finner vi når det gjelder konkrete tiltak. Her er det tiltak i forhold til levevaner som dominerer, selv om kommunene også gir flere eksempler på tiltak som omhandler både levekår og sosialt miljø.

Som vi så når vi presenterte hvordan folkehelse temaene er integrert i kommunal planlegging, er det stor variasjon mellom ulike planer, inkludert planstrategien (se tabell 5.6). De mest utbredte folkehelse temaene i planstrategien, kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplanen er temaer knyttet til sosiale og materielle ressurser, mens i kommunedelplan for folkehelse og kommuneplanens arealdel er det risikofaktorer som hyppigst integreres. Disse resultatene er trolig farget av de ulike planenes hovedanliggende. Planstrategien, kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplanen formulerer mål og prioriterer og koordinerer ressurser og innsats for kommunens ulike virksomheter. Da kommer naturlig de sosiale og materielle ressursene i fokus. Arealplanen handler om å definere hvor ulike formål og aktiviteter skal foregå innenfor kommunens areal. Dermed blir folkehelse temaer knyttet til det fysiske miljøet samt levekårstemaer med fysisk relevans som bolig/boligsosial og demografi. For disse plantypene er den analytiske utfordringen at vi ikke kan si med sikkerhet at de temaene som oppnår høyest skår gjør det fordi de aktivt er relatert til folkehelsearbeidet eller om dette er temaer som kommunene prioriterer uavhengig av dette arbeidet. Det lengste vi kan gå i

forhold til en vurdering av om vi kan se spor av et påvirkningsperspektiv i den kommunale planleggingen er ved å vurdere potensialet for et påvirkningsperspektiv i kommunal planlegging. Det ser ut til at det er et rom for oppmerksomhet om materielle og sosiale ressurser, altså de temaene som er lengst bak i årsakskjeden, i planstrategien, samfunnsdelen og økonomiplanen. Dette vil vi komme tilbake til senere i dette kapitlet. Når det gjelder kommunenes eventuelle folkehelseplan, stiller resultatet seg noe annerledes. Her er det levevaner som får høyest skår, til tross for at forskjellen mellom de ulike temaene er relativt liten.

En viktig premiss i påvirkningsperspektivet er tverrsektorielt arbeid, ikke bare innad i kommunen men også eksternt gjennom å mobilisere private og frivillige aktører. Når det gjelder tverrsektorielt arbeid internt i kommunen er helsestasjon/skolehelsetjeneste hyppigste deltaker i kommunenes tverrsektorielle grupper på folkehelseområdet, etterfulgt av kultur/idrett. Begge disse aktivitetsområdene har et fokus på både materielle/sosiale faktorer og risikofaktorer. Helsestasjoner/skolehelsetjenesten veier, måler og vaksinerer, samt setter i gang kampanjer angående seksuell helse, osv. Dette er deres hovedaktivitet. Men delvis på bakgrunn av de ovennevnte aktivitetene kan de gi utsatte familier ekstra oppfølging og de kan etablere nettverk for nybakte mødre eller for barn fra skilsmisshjem. Kulturaktiviteter handler om å skape gode oppvekstvilkår, mens idrett reduserer risikoen for en rekke ulike sykdommer. De kommunene som samarbeider med private og frivillige gjør det på temaer som er relevante i et påvirkningsperspektiv. Fysisk aktivitet er hyppigste samarbeidstema, etterfulgt av kulturaktiviteter og sosiale møteplasser/sosialt nettverk, samt grønt- og friluftsområder. Potensialet for å løfte fram påvirkningsperspektivet i kommunenes tverrsektorielle arbeid synes dermed å være til stede.

I tråd med påvirkningsperspektivet viser denne gjennomgangen av resultatene for kommunenes hovedprioriteringer, folkehelseiltak, kommunal planlegging og tverrsektorielt samarbeid at det er de aktivitetene som i minst grad assosieres med helsearbeid som har det største potensialet for å bidra i forhold til faktorer lengst bakover i årsakskjeden. Aktiviteter i regi av folkehelsepersonnel, som utvikling av folkehelseiltak, formulering av folkehelseplaner, vurdering av hovedprioriteringer, osv. synes å ha et hovedfokus på levevaner som er trinn to i helseårsakskjeden. Oppsummeringsvis

kan vi derfor si at kommunene har et stort potensial for å integrere et påvirkningsperspektiv i egen virksomhet, men at de så langt synes å ha størst oppmerksomhet om de risikoreduserende faktorene i folkehelsearbeidet.

Under vil vi diskutere potensialet for integrering av folkehelsehensyn gjennom planlegging og samarbeid med frivillige aktører og se dette i lys av relevant forskning på samstyrings- og planleggingsfeltet.

7.3 Horisontal samordning og samarbeid

Tradisjonelt har folkehelsepolitikken bestått av virkemidler for å styrke den vertikale samordningen, det vil si skape en sammenheng mellom nasjonale ambisjoner og lokal praksis. Viktige tiltak er lovregulering, økonomiske stimuleringsmidler og faglig motivasjon og støtte. Imidlertid er utfordringen vel så mye horisontal, både på statlig, regionalt og lokalt nivå i og med at aktiviteter med innflytelse på folkehelse finnes i alle samfunnets sektorer, både innenfor og utenfor det offentlige. Det er også her mulighetene for utvikling er størst. Det har vist seg vanskelig å orkestrere folkehelseinnsatsen top-down, gjennom hierarkiske styringsmidler (Helgesen og Hofstad, in prep). Blant annet har oversikt over helsetilstand vært et mål for kommunalt folkehelsearbeid gjennom kommunehelsetjenesteloven i en årrekke, men det har i liten grad resultert i lokal innsats. Horisontale styringsmidler har derfor fått større oppmerksomhet. Her er målet å samordne innsatsen på tvers av sektorer og dermed oppnå at disse trekker i samme retning. En slik trend er synlig også på andre politikkområder. Det å bedre samordningen og samarbeidet på tvers, er en generell trend i offentlig styring både nasjonalt og internasjonalt (Røiseland og Vabo, 2008, Sørensen og Torfing, 2007, Kjær, 2004, Kooiman, 2003, Rhodes, 1997). Partnerskap for folkehelse, som ble integrert i folkehelsepolitikken med folkehelsemeldingen i 2002 er eksempel på at en slik tankegang har vunnet innpass på folkehelsefeltet. Samtidig er denne måten å arbeide på fortsatt i støpeskjeen. Som en hovedaktør i folkehelsearbeidet er det interessant å se nærmere på sider ved den horisontale samordningen på lokalt nivå. Hva er betingelsene for at folkehelse kan løftes inn i planleggingen og i arbeidet som gjøres i skjæringspunktet mellom offentlig og privat/frivillig innsats?

7.3.1 Muligheter for å integrere folkehelse i plan

Arealplanen er et juridisk bindende dokument og er derfor en viktig planform i kommunene. Her gis ønsket samfunnsutvikling et fysisk uttrykk gjennom fysisk allokering av ressurser og funksjoner. Som følge av arealplanens betydning er en plausibel antakelse at oppmerksomhet om folkehelse temaer styrkes på planleggingsagendaen dersom deres fysiske relevans tydeliggjøres. I det følgende vil vi se på muligheten for en tettere kobling mellom det kommunene anser som hovedutfordringer i folkehelsearbeidet og arealplanlegging. Vårt materiale viser at fysisk aktivitet er et tema som kan være en bro mellom disse aktivitetene.

Rus, psykisk helse, ernæring og fysisk aktivitet oppgis som hovedutfordringer i folkehelsearbeidet i omkring halvparten av kommunene. Fysisk aktivitet har en klar kobling til de fysiske omgivelsene. Betingelsene for fysisk aktivitet kan bedres gjennom tilrettelegging av arealer. Slik tilrettelegging handler blant annet om å bevare og styrke friluftsområder, øke tilgjengeligheten for gående og syklende samt begrense bilbruk. Her har målet om styrket fysisk aktivitet i befolkningen en felles agenda med målet om bærekraftig utvikling. Også her er økt gang- og sykkelbruk, redusert biltrafikk og bevaring av grøntområder kjernepunkter. Disse delmålene kan dermed styrkes gjennom å bygge på en kombinasjon av helse- og miljøargumenter.

Den fysiske relevansen til rus-, ernærings- og psykisk helseutfordringene er ikke like lett å få øye på. Imidlertid har en sett et større fokus på hvordan de fysiske omgivelsene påvirker enkeltmennesker og samspillet mellom mennesker også i forhold til disse spørsmålene. De siste årene har forskningen blitt opptatt av hvordan de fysiske omgivelsene påvirker menneskers psykiske helse. Ikke minst er en opptatt av å måle helsegevinsten av det å bli eksponert for natur. En litteraturgjennomgang av 25 studier som undersøkte ovennevnte forhold fant at naturlige miljøer (parker, grønne campuser, o.l.) kan ha direkte og positiv påvirkning på folks velvære (Bowler et al, 2010). Miljøverndepartementet har utgitt en rapport om *"Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse"* med utgangspunkt i et fellesnordisk prosjekt om dette temaet (Miljøverndepartementet, 2009). Her omtales naturen som en "kraftkilde" som bidrar blant annet til rekreasjon, stressreduksjon, økt konsentrasjon, ny energi og mentalt overskudd. Dette åpner

for å se grønnstruktur som et virkemiddel i helsefremmende og forebyggende helsearbeid. Oppmerksomheten om grønne områder som en struktur på linje med den bygde strukturen og infrastrukturen har økt de siste årene (Hofstad in prep).

Som en del av kommuneplanleggingen lages det grønnstrukturplaner hvor en ser ulike former for blågrønne elementer i sammenheng: elvedrag, kulturlandskap, parker, hundremeters-skoger og den større skogen (Hofstad, in prep). Imidlertid er presset på de mest tilgjengelige grøntområdene økende. 12 prosent av grøntarealene i norske byer og tettsteder ble nedbygget i perioden 1999-2004, og det er liten grunn til å tro at denne utviklingen har stoppet opp (Miljøverndepartementet, 2009). Presset øker ikke minst som følge av fortetningspolitikken som skal redusere klimautslipp og konsentrere byutviklingen til allerede bebygde områder og på den måten spare grønne områder i byenes randsoner fra utbygging. Dette øker imidlertid presset på de grønne arealene inne i byer og tettsteder. Denne avveilingen mellom ulike miljøhensyn står helt sentralt i dagens planlegging. Folkehelseperspektivet kan bidra til å øke forståelsen for betydningen av å verne om de urbane grøntområdene.

Av de temaene flest kommuner mener er hovedutfordringene i folkehelsearbeidet er det ernæring og rus som står lengst fra kommuneplanleggingen. Imidlertid har koblingen også her blitt tydeligere de siste årene. Planleggingen retter seg ikke direkte inn på folks vaner og uvaner, men betingelsene for disse vanene og uvanene kan påvirkes gjennom planleggingen. Gjennom utformingen av det offentlige rom påvirker planleggingen hvilke aktiviteter det legges til rette for. Hvilke tilbud finnes i nærheten av skoler og arbeidsplasser? Hvilket samvær legges det til rette for i det offentlige rom? Finnes det bortgjemte områder hvor folk kan stikke seg bort eller er områdene godt opplyste og inviterende?

Dette avsnittet har pekt på behovet for en videre spesifisering av folkehelse temaers fysiske relevans i kommuneplanleggingen. En slik spesifisering vil kunne ta folkehelsearbeidet et skritt nærmere ”helse i alt vi gjør”-ambisjonen.



7.3.2 Muligheter for samstyring

Dataene om samarbeid mellom private/frivillige aktører og kommunen i folkehelsearbeidet er relevante i forhold til to ulike diskusjoner innenfor samfunnsforskningen. Den første er sivilsamfunnsforskningen som studerer i hvilken grad og på hvilke måter befolkningen engasjerer seg i frivillige organisasjoner og i frivillig arbeid. Den andre diskusjonen relaterer seg til det man bredt kan kalle offentlig styring, både det normative spørsmålet om hvordan en bør og kan styre, men også mer empirisk om hvilke styringsvirkemidler som benyttes og hvilken form disse har. Ikke minst har en sett et økt fokus på såkalt governance, eller det man kan kalle *samstyring* på norsk (Røiseland og Vabo, 2008). Vi vil først presentere sentrale argumenter og resultater innenfor sivilsamfunnsforskningen, ikke minst fordi disse resultatene er underfokuset i governanceforskningen til tross for at disse resultatene gir innsikt i viktige betingelser for samarbeid mellom offentlige og frivillige aktører. Deretter vil vi relatere resultatene fra sivilsamfunnsforskningen til potensialet for å fremme et påvirkningsperspektiv basert på resultatene fra denne undersøkelsen.

Forskningen på deltakelse i sivilsamfunnets organisasjoner konkluderer med en endring fra de medlemsbaserte massebevegelsene – som arbeiderbevegelsen og avholdsbevegelsen - til et mer individualisert og fragmentert organisasjonslandskap (Tranvik og Selle, 2007, Wollebæk og Sivesind, 2010). De gamle massebevegelsene var karakterisert av en tett vertikal integrering mellom lokallag via fylkeslag til den sentrale moderorganisasjonen. Denne vertikale integreringen var kombinert med en sterk horisontal integrering mellom myndigheter på alle nivåer som resulterte i en utveksling av ideer og legitimitet mellom organisasjonslivet og offentlige myndigheter (Tranvik og Sell, 2007). Begge disse formene for integrering er nå svekket. De moderne organisasjonene, som kor, idrettslag og hobbybaserte organisasjoner som vokste fram som følge av økt fritid fra 60- og 70-tallet, har en fraværende eller svak vertikal kobling til en moderorganisasjon. Deres arena er nærmiljøet. Samtidig klarer disse organisasjonene i mindre grad å kanalisere borgernes behov og ønsker til beslutningstakerne.

Sammenlignet med de tidligere organisasjonene medfører framveksten av det vi kan kalle for ”fritidsorganisasjoner” dermed en *depolitisering* av organisasjonslivet (Wollebæk, 2008, Tranvik og Selle, 2007). Denne depolitiseringen er kombinert med en *individualisering* av organisasjonene (ibid). Det ideologiske fellesskapet som massebevegelsene representerte er byttet ut med foreninger som i større grad tar vare på individuelle behov og ønsker (Tranvik og Selle, 2007). Folks deltakelse i organisasjoner er nyttebasert ved at medlemmer melder seg ut når organisasjonen ikke dekker deres behov, de er derfor karakterisert ved lav lojalitet og identitetstilknytning. Dette har i sin tur medført en sterkere *spesialisering* av organisasjoners aktiviteter for å imøtekomme individuelle behov (Wollebæk 2008, Tranvik og Selle 2007). Forfatterne argumenterer for at resultatet av et mer depolitisert, individualisert, spesialisert og profesjonalisert organisasjonsliv er et mer fragmentert organisasjonslandskap som gjør det vanskeligere å orientere seg for den enkelte samtidig som demokratiets rekkevidde er svekket ved at færre er innrullert i beslutningstakingen fordi koblingen mellom organisasjonslivet og offentlige myndigheter er svekket.

Denne endringen i organisasjonslandskapet har konsekvenser også for frivilligheten som ofte trekkes fram som en viktig brikke i

løsningen av velferdsstatens utfordringer. Wollebæk og Sivesind (2010) registrerer det de kaller for en ”erodering av organisasjons-samfunnets grunnfjell”: de observerer en nedgang i antall mennesker som utgjør grunnstammen i frivilligheten, de som arbeider mer enn en time i uka. Samtidig blir organisasjons-medlemskapene mer passive og en større del står helt utenfor organisasjonslivet. Det er også slik at en god del av frivilligheten foregår utenfor medlemsorganisasjoner (Tranvik og Selle, 2007). Engasjementet er mer målrettet og løsningsorientert, det viktige er å få noe gjort eller øve innflytelse, da kan medlemsorganisasjonens demokratiske organisering virke for tungrodd der saker må behandles i organisasjonens representative organer før den kan settes ut i livet (Bang, 2005, Tranvik og Selle, 2007).

Perspektivene om samstyring og sivilsamfunn gir et godt analytisk utgangspunkt for å forstå dataene i denne undersøkelsen. Er det slik at fritidsorganisasjoner dominerer lokalt? Hvilke former for samarbeid benyttes på folkehelsefeltet? Er det forpliktende samarbeid som partnerskap og andre etablerte fora eller mer uformelle samarbeidsformer? Dataene viser at det er aktivt samarbeid mellom offentlige myndigheter og private/frivillige aktører i enkelte kommuner, men at dette samarbeidet har en slagside i tråd med trenden sivilsamfunnsforskningen rapporterer om. Det individuelle, apolitiske og spesifikke står i sentrum.

Når vi sammenligner resultatene fra 2011-undersøkelsen med 2008-undersøkelsen, finner vi at det har skjedd en økning i kommunenes oppslutning og bruk av ulike former for samarbeidstiltak. Det er flere kommuner som har inngått partnerskap med fylkeskommunen, flere mottar stimuleringsmidler, flere har ansatt folkehelsekoordinator som en kan anta at fungerer som et nav i samarbeidsrelasjoner og horisontalt samarbeid på lokalt nivå er mer utbredt. Samstyringen kan dermed sies å ha blitt forsterket i kommunene, noe som er i tråd med andre nasjonale funn og internasjonal litteratur (Røiseland og Vabo, 2008, Sørensen og Torfing, 2007, 2009). Imidlertid har samstyringen en bestemt form og retning på lokalt nivå. For det første er det slik at hovedvekten er på samarbeid som kommer sent inn i politikkutviklingen, nærmere bestemt er det i et flertall av kommunene slik at det er tiltaksutvikling som er viktigste samarbeidsrelasjon (tabell 6.4). For det andre har samarbeidet en uformell form, den uformelle kontakten er langt mer utbredt enn

samarbeid gjennom etablerte råd og utvalg eller partnerskap der oppgaver og roller er spesifisert. Særlig sistnevnte er det liten oppslutning om i kommunene. Dette stemmer godt med sivilsamfunnsforskningens konklusjon om at dagens engasjement er målrettet og løsningsorientert snarere enn ideologisk fundert og langsiktig. Som vi skal se, er det mer ved våre resultater som stemmer godt med denne forskningen.

Sivilsamfunnsforskningen har identifisert en overgang fra de ideologiske massebevegelsene til mer individorienterte organisasjoner med utgangspunkt i økt fritid i befolkningen. Denne undersøkelsen bekrefter dette mønsteret. Idrettsorganisasjoner er klart viktigste aktør i lokale partnerskap, etterfulgt av friluftsansjoner og organisasjoner for brukere av helsetjenester. Av de mer ideologiske og samfunnsorienterte organisasjonene, er det Nasjonalforeningen for folkehelsen som får høyest skår, de deltar i lokale partnerskap i 11 prosent av kommunene.

Dette bildet bekreftes når vi undersøkte kontakthyppheten med de samme organisasjonene. Også her kommer idrettsorganisasjonene og friluftsansjonene best ut. Idrettsorganisasjoner passer godt inn i beskrivelsen av dagens organisasjoner gitt over. De har et spesifikt fokus på en eller flere idrettsgrener, de er individuelt rettet ved at de tilbyr opplæring og konkurransearenaer for den enkelte og de er apolitiske, deres mandat er ikke å bidra i bredere politisk arbeid, for eksempel delta i samfunnsplanlegging og samfunnsutvikling.

Dominansen til fritidsorganisasjonene gjenspeiles i hvilke temaer kommunene samarbeider med organisasjonene om. Levevaner representert ved fysisk aktivitet er et samarbeidstema i 82 prosent av kommunene. Støttende miljøer, representert ved kulturaktiviteter og sosiale møteplasser/nettverk, er tema i henholdsvis 68 og 56 prosent av kommunene. Å fange grupper som faller utenfor, representert ved levekårstemaene i undersøkelsen er mindre fokusert, kun psykisk helse er gjenstand for samarbeid i noen grad (i 31 prosent av kommunene).

Hvilke utfordringer gir disse resultatene folkehelsearbeidet i kommunene? Er det deler av folkehelsearbeidet som faller utenfor gitt profilen på de deltagende organisasjonene, samarbeidsform og fokus i samarbeidet?

Folkehelsearbeid handler om samfunnsutvikling gjennom å dreie ulike aktørers oppmerksomhet bakover i årsakskjeden, mot de materielle og sosiale faktorene som skaper grunnlag for god helse og mot risikoreduserende tiltak for å hindre sykdom. I hvilken grad ligger det til rette for dette i kommunenes samarbeidsrelasjoner? Organisasjonene som samarbeider med kommunene har i liten grad en bred samfunnsorientering, snarere er de opptatt av én enkelt interesse. Videre synes det vanskelig å inngå forpliktende samarbeid i form av partnerskapsavtaler mellom kommuner og lokale organisasjoner. Hvorfor det er slik svarer ikke denne undersøkelsen på. Forklaringene finnes trolig både hos kommunene og hos organisasjonene. Blant annet viste 2008-undersøkelsen at kommunene var usikre på hvor langt de kunne gå i retning av å forplikte organisasjonene til å samarbeide (Bergem m. flere, 2009:51). Samtidig anerkjennes betydningen av samarbeid av kommunene, organisasjonenes ressurser er en viktig brikke i folkehelsearbeidet. For å utløse dette potensialet kreves det trolig en høy bevissthet om kommunens rolle som ansvarlig aktør og en klar strategi for hvor innsatsen bør rettes og hvordan, slik at folkehelsearbeidet får en retning, totalt sett. Dette er ikke minst viktig med et fragmentert og individorientert organisatorisk landskap der samarbeidet i hovedsak er ad hoc preget.

Det er en uttalt betydning av å styrke folks sosiale og materielle ressurser. Hvordan stat, fylkeskommuner og kommuner innretter sine virkemidler for samarbeid med organisasjoner angående sosial inkludering har betydning for denne styrkingen. Her finnes det potensial for kommunene og idretts- og friluftsgesamfundene når det gjelder å finne fram til løsninger, slik lavterskel fysisk aktivitet er et eksempel på. Men også løsninger som bidrar til økt inkludering i samfunnet mer generelt er viktig. Her må trolig kommunene være kreative ved å kombinere ulike tiltak, både økonomiske og andre. Igjen stilles kommunenes evne til å arbeide tverrsektorielt på prøve. Videre er det viktig at kommunene er oppmerksomme på eventuelle skjevheter i folkehelsearbeidet. I hvilken grad er vanskeligstilte grupper representert i samarbeidsrelasjoner? I hvilken grad blir deres stemme hørt? Utformes tiltak ”over hodene” på disse gruppene eller er de faktisk med på å legge premissene for tiltakene? Disse spørsmålene påpeker en utfordring med samstyring, nemlig hvordan en sikrer en demokratisk forankring av samarbeidsarenaene og en balansert representasjon i

disse foraene. Igjen blir kommunens rolle som ansvarlig for folkehelsearbeidet viktig. Deres bevissthet om utfordringene og strategiske løsninger på disse er nøkkelen til å få til et fruktbart samarbeid på lokalt nivå.

7.4 Mot et påvirkningsperspektiv?

Dette kapitlet har vist at risikoreduserende tiltak har hovedprioritet i kommunenes folkehelsearbeid. Men samtidig er det tydelig at det ligger et potensial i å løfte fram sosiale og materielle faktorer gjennom kommunal planlegging og tverrsektorielt samarbeid internt i kommunene, med fylkeskommunen og med private/ frivillige aktører. Samlet sett mener vi det er grunnlag for å si at kommunene er i startgropa. For noen kommuner betyr det at de så vidt er kommet i gang med et systematisk folkehelsearbeid. Flere rapporterer at de akkurat er i ferd med å ansette en folkehelsekoordinator eller så vidt har begynt å sette i gang aktiviteter. For andre betyr det at de har et fokus på risikoreduserende tiltak, men at de ikke har startet arbeidet med å skape en helhetlig innsats overfor de materielle og sosiale faktorene. Det synes som om kommunene starter med det mest konkrete: å skape en positiv utvikling i forhold til fysisk aktivitet, rus, tobakk og ernæring – levevaneteamene. Det er disse temaene de er i kontakt med fylkeskommunen om. Den mer diffuse oppgaven med å få alle kommunens virksomheter til å rette oppmerksomhet mot folkehelse er tyngre, og det er trolig få kommuner som er godt i gang med dette arbeidet. Vi kan ikke si med sikkerhet at dette er prioritert i den fylkeskommunale oppfølgingen og i fylkeskommunenes pådriverrolle. For å skape en koordinert innsats kreves det bevisste strategier. Aktører i regional og kommunal planlegging, og private og frivillige aktører sitter med kunnskap og ressurser av betydning for å styrke de sosiale og materielle ressursene. Utfordringen er å bevisstgjøre både kommunale og ikke-kommunale aktører på hvordan de kan bidra til helsefremming. Den rollen er det fylkeskommunen, samt kommunens politiske og administrative ledelse som må fylle. Et kjernepunkt i folkehelsearbeidet framover blir derfor å skape en forståelse for det brede folkehelsearbeidet hos regional og kommunal ledelse slik at det blir retningsgivende for utforming av målsettinger og aktiviteter i begge nivåers virksomhet, samt blant organisasjoner og bedrifter.

Litteraturliste

- Andreassen, T. A. og K. Fossestøl (2011): *NAV ved et veiskille. Organisasjonsendring som velferdsreform*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- Asplan Viak (2001): *Helse og trivsel i konsekvensutredninger*, rapport nr. 2001-019, Sandvika: Asplan Viak.
- Bang, H., (2005), 'Among everyday makers and expert citizens' in Janet Newman (ed) *Remaking governance: peoples, politics and the public sphere*, pp. 159-178 (Bristol: Bristol Policy Press).
- Bergem, R., Moen Ouff, S., Aarflot, U. & Hanche-Dalseth, M. (2009) Partnerskap for folkehelse og Helse i plan – Undervegsrapport. [Partnership for Public Health and Health in Plan] Arbeidsrapport 234. (Møreforskning og Høgskolen i Volda).
- Bowler, D.E, Buyung-Ali, L.M, Knight, T.M, Pullin, A.S (2010): 'A systematic review of evidence for the added benefits to health of exposure to natural environments', *BMC Public Health*, 10:456 (1-10)
- Fimreite, A. L. (2011): Partnerskap i NAV – innovasjon eller "same procedure"? Uni Rokkansenteret, Notat 4 -2011
- Fosse, E. og M. Strand (2010): «Politikk for å redusere sosiale ulikheter i helse i Norge: Fornytt politisering av folkehelse spørsmål». *Tidsskrift for velferdsforskning*, vol. 13, No.1, 2010, s.14-25, Fagbokforlaget, Bergen
- Helgesen, M. og Hofstad, H. (in prep): '30 Years of Norwegian Public Health History: Trends in Multi-level governance',
- Helgesen, M., H. Hofstad og G. M. Vestby: "Kommunehelseprofiler. Kommunenes bruk av Helsedirektoratets nettsted". NIBR-rapport 2008:8

- Helsedirektoratet (2011): *Partnerskap som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid*. Helsedirektoratets rapport IS-1935, Oslo
- Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. Helsedirektoratets rapport IS-1846, Oslo
- Helsedirektoratet (2009): *Helse i plan – marsrapporten 2009*, Helsedirektoratets rapport IS-1697, Oslo
- Helsedirektoratet (2009a): *Gjennomgang av miljørettet helsevern i kommunene*. Helsedirektoratets rapport IS-1633, Oslo
- Helsedirektoratet (2005): *Gradientutfordringen. Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse*. Sosial- og helsedirektoratet, Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011): *Rundskriv angående Ikraftsetting av lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Helse- og omsorgsdepartementet, udatert: *Høringsnotat til Forskrift om oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer (Folkehelseforskriften)*, Oslo
- Heløe, L. A. (2010): *Velferd på avveier? Utviklingslinjer og dilemmaer i helse- og sosialpolitikken*. Abstrakt forlag, Oslo
- Hofstad, H. (2011, in prep): 'Compact city development: High ideals and coming practices', sendt til EJSd.
- Kjær, A.M. (2004): *Governance*. Cambridge: Polity Press.
- Kooiman, J., (2003), *Governing as governance*, London: Sage.
- Kooiman, J., (1993), *Modern governance: new government-society interactions*, edited by Jan Kooiman, London: Sage.
- Laffin, M. (2009): "Central-local relations in an era of governance: Towards a new research agenda". *Local Government Studies*. Vol. 35 No. 1, 21-37
- Lov nr. 29 24.06.2011: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven). Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Lov nr. 30, 24.06.2011: Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven). Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo

- Lov nr. 65, 19.06.2009: Lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Lov nr. 71 27.06.2008: (Lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven). Miljøverndepartementet, Oslo
- Lov nr. 107, 25.09.1992: Lov om kommuner og fylkeskommuner (kommuneloven). Cappelen Akademisk Forlag, Lovdata, Oslo
- Lov. nr. 66 19.11.1982: Lov om helsetjenester i kommunene (kommunehelsetjenesteloven), Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Miljøverndepartementet (2009): *Naturopplevelse, friluftsliv og vår psykiske helse*. Rapport fra det nordiske miljøprosjektet "Friluftsliv og psykisk helse". København: Nordisk ministerråd.
- NOU 2000:22: *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune*. Kommunal- og regionaldepartementet, Oslo
- NOU 1984:28: *Helserådstjensten. Oversikt over helsetilstanden og miljørettet helsevern i kommunene*. Sosialdepartementet, Oslo
- Osborne, S. (2010): "Introduction. The New Public Governance: a suitable case for treatment?". I S. Osborn (ed). *The New Public Governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge, London
- Prop. 90L (2010-2011): *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Rhodes, R.A.W (1997): *Understanding governance – policy networks, governance, reflexivity and accountability*, Philadelphia: Open University Press.
- Røiseland, A (2011): 'Understanding local governance: Institutional forms of collaboration', *Public Administration* Vol. 89, No. 3 (879–893)
- Røiseland, A (2008): "Kan institusjonelle partnerskap skapes og styres?" I O.J. Andersen og A. Røiseland (red): *Partnerskap, problemløsning og politikk*. Fagbokforlaget, Bergen

- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2008): «Governance på norsk – samstyring som empirisk og analytisk fenomen». *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift* vol. 24, s. 86-107, Universitetsforlaget, Oslo
- Sommerville, P & N. Haines (2008): "Prospects for Local Co-Governance". *Local Government Studies* . Vol. 34, No. 1, 61-79
- Sosial- og helsedirektoratet (2008): *Helse i plan, statusrapport fra mai 2007- februar 2008*, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Sosial- og helsedirektoratet (2006): *Sosial ulikhet i helse som tema i helsekonsekvensutredninger verktøy og erfaringer i noen europeiske land*, rapport IS-1305, Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Strand, A., Moen, B., Hanssen, M.A. og Tesli, A. (2005): *Helse spørsmål og konsekvensutredninger*, NIBR-notat 2005:115. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- St. meld.nr. 20 (2006-2007): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- St. meld. Nr. 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet, Oslo
- Sørensen, E. and Torfing, J., (2007): 'Introduction: Governance Network research: Towards a second generation' i Eva Sørensen and Jacob Torfing (red) *Theories of democratic network governance*, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Sørensen, E. and J. Torfing (2009): 'Making governance networks effective and democratic through metagovernance' , *Public Administration* Vol. 87, No. 2, 2009 (234–258), Oxford: Blackwell Publishing.
- Tranvik, T., and Selle, P. (2007), 'The Rise and Fall of Popular Mass Movements: Organizational Change and Globalization – the Norwegian Case', *Acta Sociologica*, Vol 50(1), pp.57–70.
- Vedung, E. (1998): "Policy Instruments: Typologies and Theories". I M. L. Bemelmans-Videc, R. C. Rist, E. Vedung: *Carrots, Sticks & Sermons. Policy Instruments & Their Evaluation*-Transaction Publishers. New Brunswick and London
- Veileder (2011): *Kommunal planstrategi*, Oslo: Miljøverndepartementet.

Wollebæk, D., (2008), 'The decoupling of organizational society: the case of Norwegian voluntary organizations', *Voluntas*, Vol 19, pp. 351-371.

Wollebæk, D. and Sivesind, K. H., (2010), *Fra folkebevegelse til filantropi? Frivillig innsats i Norge 1997-2009*, Report 2010:3 (Oslo: Senter for forskning på sivilsamfunn og frivillig sektor) [Voluntary work in Norway 1997-2009].

Vedlegg 1

Problemstillinger

Problemstillinger på kommunalt nivå

Organisering	Strategiske prioriteringer	Ressurser	Kunnskapsstatus
-Hvordan er folkehelsearbeidet organisert i kommunene? -Hvilke virkemidler tar kommunene i bruk i folkehelsearbeidet? - Hvordan og i hvilket omfang er erfaringene fra partnerskap for folkehelse og helse i plan blitt tatt i bruk i kommunene? - I hvor stor grad samvirker kommunene med frivillig sektor i folkehelsearbeidet? - I hvilken grad har kommunene et oppdatert internkontrollsystem med hensyn til folkehelsearbeid, jf. Kommunchelsetjenestelovens § 1-3a? -Tilsyn som virkemiddel; I hvor stor grad fører kommunene tilsyn etter bestemmelsene om miljørettet helsevern?	- Hva er hovedsatsingene i folkehelsearbeidet i kommunene? -I hvor stor grad er folkehelsearbeidet forankret i kommunale planer etter plan- og bygningsloven? -I hvor stor grad er folkehelse tiltak forankret i kommunens økonomiplan? -I hvor stor grad er folkehelse som tema politisk prioritert?	-Hva er ressursinnsatsen i folkehelsearbeidet, personalmessig og økonomisk, i kommunene? - Hva er kommunenes behov for plan- og prosesskompetanse?	-I hvor stor grad har kommunene utarbeidet oversikter over helsetilstanden etter Kommunchelsetjenestelovens § 1-4?

Problemstillinger på fylkeskommunalt nivå

Organisering	Strategiske prioriteringer	Ressurser	Kunnskapsstatus
- Hvordan er folkehelsearbeidet organisert i fylkeskommunene? - Hvordan blir fylkeskommunens rolle som "understøtter" overfor kommunene ivare tatt? - Hvordan og i hvilket omfang er erfaringene fra partnerskap for folkehelse og helse i plan blitt tatt i bruk i kommunene? - I hvor stor grad samvirker fylkeskommunene med frivillig sektor i folkehelsearbeidet? - Hvilke virkemidler tar fylkeskommunene i bruk i folkehelsearbeidet?	- Hva er hovedsatsingene i folkehelsearbeidet i fylkeskommunene? - I hvor stor grad er folkehelse som tema politisk prioritert? - Hvordan blir folkehelse som tema ivare tatt: - i regional planstrategi og regional plan - i egen virksomhet (fylkeskommunens ansvarsområde) - Hvordan vurderer fylkeskommunen sin rolle som regional utviklingsaktør på folkehelseområdet?	- Hva er ressursinnsatsen i folkehelsearbeidet, personalmessig og økonomisk, i fylkeskommunene? - Hva er fylkeskommunenes behov for plan- og prosesskompetanse?	- I hvilken grad er det utarbeidet oversikter over helsetilstanden i fylket, jf. Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet av 1.1.2010?

Vedlegg 2 Spørreskjema til kommuner

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) gjennomfører en kartleggingsundersøkelse av kunnskapsgrunnlag, prioriteringer, organisering og ressurser i kommunalt folkehelsearbeid. Undersøkelsen gjennomføres på oppdrag av Helsedirektoratet og datainnsamlingen vil avsluttes 31. desember 2011.

Hensikten med undersøkelsen er å skaffe et referansepunkt før ny folkehelselov trer i kraft 1.januar 2012. I dag har kommunene ansvar for å ivareta folkehelsen til innbyggerne, jf. Lov om kommunehelsetjenester. Ny lov vil gjøre det kommunale folkehelsearbeidet viktigere og Helsedirektoratet ønsker derfor å samle generell kunnskap om kommunalt folkehelsearbeid før ny lov trer i kraft. Kartleggingen kan framstå som omfattende og vi anbefaler deg som svarer på surveyen å rådføre deg med andre i kommunen som kan ha spesifikk kunnskap om de temaene vi spør om.

Spørsmålene handler om folkehelse og folkehelsearbeid. Med Folkehelse mener vi: Befolkningens helsetilstand og fordelingen av helse i befolkningen. Med folkehelsearbeid mener vi: Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Først følger spørsmål om folkehelsekoordinatoren og den administrative forankringen av folkehelsearbeidet.

Har kommunen en folkehelsekoordinator?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hvem er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder?

Rådmannen ☐

Leder for kultur ☐

Helsesjef/kommuneoverlege ☐

Leder for oppvekst ☐

Plansjef ☐

Annet

Hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid er satt av til å drive folkehelsearbeid?

10 - 20 % ☐

30 - 40 % ☐

50 - 60 % ☐

70 - 80 % ☐

90 - 100 % ☐

Annet

Hva er folkehelsekoordinatorens eventuelle andre arbeidsoppgaver?

a. Administrative/stabsoppgaver knyttet til:

Planlegging ☐

Helse ☐

Rådmannens stab ☐

Kultur/idrett ☐

Oppvekst ☒

Teknisk ☒

Ann
et

b. Brukerrettet arbeid innenfor:

Hjemmetjenesten ☒

Psykisk helsearbeid ☒

Helsestasjon/ skolehelsetjeneste ☒

Barnevern ☒

Barnehage ☒

Institusjonstjenesten ☒

Habilitering/rehabilitering ☒

Skole ☒

Friskliv ☒

FYSAK ☒

Har ingen andre arbeidsoppgaver ☒

Ann
et

Hvilke arbeidsoppgaver har folkehelsekoordinatoren? Her kan du sette flere kryss

Koordinering av folkehelse på helsefeltet ☐

Koordinering av folkehelse på tvers av sektorer ☐

Iverksetter tiltak i brukerrettede tjenester ☐

Det er ikke lagt noen spesifikke oppgaver til rollen som folkehelsekoordinator ☐

Hvilke andre tilgrensende koordinatorfunksjoner har kommunen? Her kan du sette flere kryss

Samordning av lokale kriminalitetsforebyggende tiltak (SLT) ☐

Lavterskel fysisk aktivitet (FYSAK) ☐

Koordinator for rusforebyggende arbeid ☐

Ingen ☐

Ann
et

Deltar følgende kommunale enheter i tverrsektorielle arbeidsgrupper om folkehelsearbeid?

	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktue lt	Vet ikke
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	☐	☐	☐	☐	☐
Barnevern	☐	☐	☐	☐	☐
Plan/miljø/teknisk	☐	☐	☐	☐	☐
Skoler	☐	☐	☐	☐	☐
Samfunnsutvikling	☐	☐	☐	☐	☐
Kultur/idrett	☐	☐	☐	☐	☐
Rådmannens stab	☐	☐	☐	☐	☐
Psykisk helsearbeid	☐	☐	☐	☐	☐
Rusarbeid	☐	☐	☐	☐	☐
Pleie og omsorg	☐	☐	☐	☐	☐
Barnehager	☐	☐	☐	☐	☐
Interkommunal enhet der folkehelsearbeid inngår	☐	☐	☐	☐	☐

Ann
et

De neste spørsmålene fokuserer på forankringen av folkehelsearbeidet i kommunens virksomhet. Med disse spørsmålene vil vi kartlegge hva som oppfattes å være kommunens største utfordringer med hensyn på

folkehelse, hovedprioriteringer og oversikt/kunnskap om helsetilstanden i kommunen.

Er ansvaret for folkehelsearbeidet delegert til en spesifikk virksomhet?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hvilken virksomhet har fått delegert ansvaret for folkehelsearbeidet?

Helsearbeid ☐

Plan/miljø/teknisk ☐

Samfunnsutvikling ☐

Oppvekst ☐

Idrett/kultur ☐

Rus ☐

Psykisk helse ☐

NAV ☐

Ann
et

På hvilke områder har kommunen størst folkehelseutfordringer? Kryss av de viktigste.

Demografi ☐

Bolig- og boligsosial
forhold ☐

Oppvekstmiljø ☐

Skole og utdanning ☐

Deltakelse på
arbeidsmarkedet ☐

Økonomiske forhold
inkludert fattigdom ☐

Støy, luft, vann og stråling ☐

Areal- og
transportplanlegging/samf
erdsel ☐

- Grønt- og friluftsområder ☐
- Universell utforming ☐
- Trygghets- og kriminalitetsforebygging ☐
- Sosiale møteplasser/sosialt nettverk ☐
- Kulturaktiviteter ☐
- Fysisk aktivitet ☐
- Ernæring ☐
- Tobakk ☐
- Rus (alkohol og narkotika) ☐
- Skole og utdanning ☐
- Helse- og omsorgstjenesten ☐
- Barnevern ☐
- Barnehage ☐
- Psykisk helse ☐
- Skader og ulykker ☐
- Smittevern ☐
- Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet ☒

Annet

Hva har hovedprioritet i folkehelsearbeidet? Kryss av det viktigste.

- Kommunen har ikke en spesifikk hovedprioritet ☐
- Tiltak rettet mot levekår ☐
- Tiltak rettet mot miljø ☐
- Tiltak rettet mot spesielle levevaner (rus, kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, osv) ☐

Tiltak i helsetjenesten



Befolkningsrettede, tverrsektorielle tiltak som treffer større grupper uavhengig av utsatthet i gruppen (eks. tiltak i skolen)



Tiltak rettet mot sårbare grupper eller grupper med helserisiko



Ann
et

Hvis tiltak rettet mot sårbare grupper har hovedprioritet: Hvilke grupper er innsatsen rettet mot? Her kan det settes flere kryss.

Sårbare grupper blant barn og unge ☐

Sårbare grupper blant eldre ☐

Funksjonshemmede ☐

Etniske minoriteter ☐

Rusmisbrukere ☐

Psykisk syke ☐

Andre
grupper

Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer, jf. kommunehelsetjenesteloven § 1-4?

Ja, vi har utarbeidet slik oversikt ☒

Nei, vi har ikke utarbeidet slik oversikt ☒

Vet ikke ☒

Hvilke kilder ble brukt til å skaffe oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer (positive og negative)? Her kan det settes flere kryss

Kommunen gjør egne undersøkelser



Informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester, herunder sosiale tjenester	☐
Informasjon gjort tilgjengelig av fylkeskommunen	☐
Folkehelseinstituttet	☐
Norgeshelsa	☐
Kommune-stat rapportering (Kostra)	☐
Kommunehelseprofiler	☐
Skolestatistikk	☐
IPLOS	☐
Miljøstatus.no	☐
Kreftregisteret	☐
Statistisk sentralbyrå (SSB)	☐
Ungdata (Norsk institutt for aldring og oppvekst)	☐
Informasjon fra forskningsmiljøer	☐

Ann
et

På hvilken måte brukes kunnskapen om helsetilstand og påvirkningsfaktorer (positive og negative) i folkehelsearbeidet? Her kan du sette flere kryss

Innspill til kommunal planstrategi	☐
Innspill til kommuneplanens samfunnsdel	☐
Innspill til arealplanlegging	☐
Innspill til samarbeid med private og frivillige aktører	☐
Dimensjonering og kvalitetssikring av helsetjenester	☐
Tiltak for å bedre folkehelsen	☐
Tilsyn/kontroll	☐
Diskusjon om mål og strategier for folkehelsearbeidet	☐
Kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer brukes ikke	☐

Ann
et

Opplevs det et behov for mer kunnskap om helsetilstanden og påvirkningsfaktorer (positive og negative) i kommunen?

Ja, i stor grad I middels grad I liten grad Nei, vi har ikke behov Vet ikke



Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt. I forbindelse med ny plan- og bygningslov i 2008 understrekes viktigheten av å integrere folkehelsehensyn i planleggingen. Nå følger noen spørsmål om koblingen mellom samfunnsplanleggingen og folkehelse.

Omtales folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hvilke av disse folkehelse temaene omtales i kommunens planer?
 Vennligst kryss av de viktigste folkehelse temaer for hver av planformene.
 Dette vil indikere hvilke folkehelse temaer som anses viktigst for hver enkelt planform.

	Plan strategi	Kommuneplan samfunnsdel	Arealdelen med bestemmelse r	Kommunedel plan for folkehelse	Økonomi plan/bud sjett
Demografi	☐	☐	☐	☐	☐
Bolig- og boligsosial forhold	☐	☐	☐	☐	☐
Oppvekstmiljø	☐	☐	☐	☐	☐
Skole og utdanning	☐	☐	☐	☐	☐
Deltakelse på arbeidsmarkedet	☐	☐	☐	☐	☐
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	☐	☐	☐	☐	☐
Støy, luft, vann og stråling	☐	☐	☐	☐	☐
Areal- og transportplanlegging/ samferdsel	☐	☐	☐	☐	☐
Grønt- og friluftsområder	☐	☐	☐	☐	☐
Universell utforming	☐	☐	☐	☐	☐
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	☐	☐	☐	☐	☐
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	☐	☐	☐	☐	☐
Kulturaktiviteter	☐	☐	☐	☐	☐
Fysisk aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐
Ernæring	☐	☐	☐	☐	☐
Tobakk	☐	☐	☐	☐	☐
Rus (alkohol og narkotika)	☐	☐	☐	☐	☐
Skole og utdanning	☐	☐	☐	☐	☐
Helse- og omsorgstjenesten	☐	☐	☐	☐	☐
Barnevern	☐	☐	☐	☐	☐

Barnehage	☐	☐	☐	☐	☐
Psykisk helse	☐	☐	☐	☐	☐
Skader og ulykker	☐	☐	☐	☐	☐
Smittevern	☐	☐	☐	☐	☐
Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet	☐	☐	☐	☐	☐
Ingen	☐	☐	☐	☐	☐

Har kommunen gjennomført konsekvensutredninger det siste året hvor tiltakets påvirkning på folkehelsen ble vurdert?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Involveres kommunelege og folkehelsekoordinator/annen ansvarlig for folkehelse i samfunnsplanleggingen?

	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktuelt	Vet ikke
Kommunelege	☐	☐	☐	☐	☐
Folkehelsekoordinator	☐	☐	☐	☐	☐

Hvis kommunelege eller folkehelsekoordinator involveres, hvilke planer involveres kommunelege og folkehelsekoordinator/annen ansvarlig for folkehelse i? (Her kan du sette flere kryss).

	Kommunelege	Folkehelsekoordinator
Planstrategi	☐	☐
Planprogram	☐	☐
Kommuneplanenes samfunnsdel/måldel	☐	☐
Kommuneplanenes arealdel	☐	☐
Økonomiplan	☐	☐
Kommunedelplan/sectorplan/handlingsplan/temaplan	☐	☐
Reguleringsplan	☐	☐
Konsekvensutredning	☐	☐

Ruspolitisk handlingsplan



Ann
et

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et mål i folkehelsepolitikken og defineres som helseforskjeller som følger sosiale skillelinjer i samfunnet. I de neste spørsmålene ønsker vi å få kunnskap om hvorvidt og hvordan ulike deler av den kommunale virksomheten arbeider for å redusere sosiale helseforskjeller.

I hvilken grad er reduksjon av sosial ulikhet i helse et utgangspunkt for arbeidet i følgende tjenester?

	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktuelt	Vet ikke
Barnehager	☒	☒	☒	☒	☒
Skoler	☒	☒	☒	☒	☒
NAV-sosial	☒	☒	☒	☒	☒
Bolig	☒	☒	☒	☒	☒
Plan/miljø/teknisk	☒	☒	☒	☒	☒
Helsestasjon	☒	☒	☒	☒	☒
Skolehelsetjenesten	☒	☒	☒	☒	☒
Helsestasjon for ungdom	☒	☒	☒	☒	☒
Frisklivsentral	☒	☒	☒	☒	☒
Kultur	☒	☒	☒	☒	☒
Idrett	☒	☒	☒	☒	☒
Pleie og omsorg	☒	☒	☒	☒	☒
Barnevern	☒	☒	☒	☒	☒
Fastlege	☒	☒	☒	☒	☒
Kommunelege	☒	☒	☒	☒	☒
Rus	☒	☒	☒	☒	☒
Psykisk helse	☒	☒	☒	☒	☒

Hva er de viktigste tiltakene kommunen har iverksatt for å redusere sosiale helseforskjeller?

Helsedirektoratet er interessert i å få en så god oversikt over ressursbruken i det kommunale folkehelsearbeidet som overhodet mulig. I denne gruppen av spørsmål er vi interessert i informasjon om arbeid rettet inn mot å bedre befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeles seg i befolkningen i kommunens ulike sektorer.

Hvordan har kommunens folkehelsearbeid blitt finansiert det siste året?

	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktuelt	Vet ikke
Med kommunens egne midler	☒	☒	☒	☒	☒
Med fylkeskommunale stimuleringsmidler	☒	☒	☒	☒	☒
Med midler fra fylkesmannen	☒	☒	☒	☒	☒

Ann
et

Hvor stor ressurs har kommunen til kommunelegefunksjonen? (Her kan du sette flere kryss)

- Vi har tilsatt kommunelege ☐
- Vi bruker ressurser avtalt med kommunens fastleger ☐
- Vet ikke ☐

Ann
et

Hvor ofte gir kommunelegen(medisinsk faglig rådgivende lege) skriftlige uttalelser vedrørende folkehelsehensyn?

Ofte ☒ Av og til ☒ Sjelden ☒ Uaktuelt ☒ Vet ikke ☒

Både fylkesmannen og fylkeskommunen har oppgaver overfor kommunene på folkehelseområdet. Det er derfor viktig å få informasjon om kommunens samarbeid med disse myndighetene. Under følger

spørsmål om utforming av samarbeidet mellom kommunen og fylkeskommune/fylkesmann.

Har fylkeskommunen og fylkesmannen bidratt med følgende aktiviteter i forhold til kommunens folkehelsearbeid? Her kan det settes flere kryss

	Fylkeskommunen	Fylkesmannen
Kunnskap om helsetilstand/ helseutfordringer	☐	☐
Kunnskap om påvirkningsfaktorer	☐	☐
Kunnskap om samfunnsplanlegging	☐	☐
Råd og veiledning	☐	☐
Partnerskapssamarbeid (formalisert samarbeid der roller og oppgaver er spesifisert)	☐	☐
Kompetansebygging/ videreutdanning	☐	☐
Seminarer, konferanser, møteplasser	☐	☐
Etablering av kommunenettverk	☐	☐
Økonomiske midler og tilskudd	☐	☐
Tiltaksutvikling	☐	☐
Støtte i enkeltsaker	☐	☐
Fylkeskommunen bidrar ikke til kommunens folkehelsearbeid	☐	☐
Fylkesmannen bidrar ikke til kommunens folkehelsearbeid	☐	☐

Ann
et

Har Fylkesmannen eller Helsetilsynet ført tilsyn med følgende tjenester med betydning for folkehelsearbeidet det siste året?

- Sosialtjenesten ☐
- Barnevern ☐
- Barnehage ☐
- Skole ☐
- Forebyggende helsetjenester ☐

Ann
et

Hvilke former for kontrollvirksomhet utøver kommunen på folkehelseområdet?

- Tilsyn etter bestemmelsene om miljørettet helsevern ☐
- Kommunen har internkontrollsystem etter kommunehelsetjenesteloven (§ 1-3a) ☐
- Kommunen fører ikke tilsyn med egen virksomhet på folkehelseområdet ☐
- Vet ikke ☐

Ann
et

Fokuserer fylkeskommunen og fylkesmannen på følgende temaer i oppfølgingen av kommunen? Kryss av de viktigste.

	Fylkeskommunen	Fylkesmannen
Demografi	☐	☐
Bolig- og boligsosial forhold	☐	☐
Oppvekstmiljø	☐	☐
Skole og utdanning	☐	☐
Deltakelse på arbeidsmarkedet	☐	☐
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	☐	☐
Støy, luft, vann og stråling	☐	☐
Areal- og transportplanlegging/samferdsel	☐	☐
Grønt- og friluftsområder	☐	☐
Universell utforming	☐	☐
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	☐	☐
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	☐	☐
Kulturaktiviteter	☐	☐
Fysisk aktivitet	☐	☐

Ernæring	☐	☐
Tobakk	☐	☐
Rus (alkohol og narkotika)	☐	☐
Skole og utdanning	☐	☐
Helse- og omsorgstjenesten	☐	☐
Barnevern	☐	☐
Barnehage	☐	☐
Psykisk helse	☐	☐
Skader og ulykker	☐	☐
Smittevern	☐	☐
Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet	☐	☐
Uaktuelt	☐	☐

Ann
et

Samarbeid anses som en viktig del av folkehelsearbeidet, både med andre offentlige etater, private aktører og frivillig sektor. Med frivillig sektor mener vi aktører som verken er offentlige eller kommersielle, dvs. de eies ikke av noen. Eksempler på aktører i frivillig sektor er ideelle- og interesseorganisasjoner, mer ad hoc pregede grupper, private institusjoner og allmenntilrettefond. Under følger spørsmål om kommunens relasjon til eksterne aktører.

Har kommunen etablert partnerskap for folkehelse med fylkeskommunen?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hva får kommunen tilgang til gjennom partnerskapet?

Stimuleringsmidler fra fylkeskommunen ☐

Råd og veiledning ☐

Kompetanseutvikling	☐
Erfaringsnettverk	☐
Innovativ kunnskap om folkehelse	☐
Formalisert samarbeid med aktuelle aktører	☐
Uaktuelt	☐
Annet	

Hva er grunnen til at kommunen ikke har etablert partnerskap med fylkeskommunen?

Har aldri hatt partnerskapsavtale med fylkeskommunen	☐
Stimuleringsmidler fra fylkeskommunen er ikke lenger tilgjengelig	☐
Vi har valgt andre samarbeidsformer	☐
Samarbeidet fungerte ikke	☐
Annet	

Hvor ofte har du kontakt med følgende offentlige aktører i folkehelsearbeidet?

	Dagl ig	Ukentl ig	Månedl ig	Årli g	Sjeld en	Uaktu elt	Vet ikke
Annen kommune	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fylkeskommunen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fylkesmannens miljøvernavdeling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fylkesmannens helseavdeling / fylkeslegen	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fylkesmannens øvrige avdelinger	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Helsedirektoratet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Utdanningsdirektoratet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Folkehelseinstituttet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kompetansesenter for rusområdet (KORUS)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annet kompetansesenter	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Klima- og forurensningsdirektoratet (Klif)	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Statens helsetilsyn	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Statens strålevern	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Statlige helseforetak	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Mattilsynet	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Statens arbeidsmiljøinstitutt	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Bufetat	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Arbeidstilsynet	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
NAV	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

Andre aktører

Hvor ofte har du kontakt med følgende private/frivillige aktører i folkehelsearbeidet?

	Dagl ig	Ukentl ig	Månedl ig	Årli g	Sjelde n	Uaktu elt	Vet ikke
Helseorganisasjoner (f.eks Norske kvinners sanitetsforening, Nasjonalforeningen for folkehelsen)	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Veldedige organisasjoner (f.eks Rotary, Lions etc)	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Arbeidslivsorganisasjoner (f.eks LO, NHO)	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Politiske partier	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Friluftsgeselskaper	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Seniororganisasjoner	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Barne- og ungdomsorganisasjoner	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Innvandrerorganisasjoner	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Idrettslag	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Private bedrifter	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
Organisasjoner for brukere av offentlige	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒

tjenester (f.eks FFO, Mental helse)

Private frivillighetssentraler ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒

Private barnehager/skoler ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒ ☒

Ann
et

I hvilken grad samarbeider kommunen med privat og frivillig sektor?

Vet ikke ☒ Uaktuelt ☒ I liten grad ☒ I middels grad ☒ I stor grad ☒

Om hvilke folkehelse temaer samarbeider kommunen mest med private/frivillige aktører? Kryss av de viktigste.

Demografi ☐

Bolig- og boligsosial forhold ☐

Oppvekstmiljø ☐

Skole og utdanning ☐

Deltakelse på arbeidsmarkedet ☐

Økonomiske forhold inkludert fattigdom ☐

Støy, luft, vann og stråling ☐

Areal- og transportplanlegging/samferdsel ☐

Grønt- og friluftsområder ☐

Universell utforming ☐

Trygghets- og
kriminalitetsforebygging ☐

Sosiale møteplasser/sosialt
nettverk ☐

Kulturaktiviteter ☐

Fysisk aktivitet ☐

Ernæring ☐

Tobakk ☐

Rus (alkohol og narkotika) ☐

Skole og utdanning ☐

Helse- og
omsorgstjenesten ☐

Barnevern ☐

Barnehage ☐

Psykisk helse ☐

Skader og ulykker ☐

Smittevern ☐

Medvirkning fra frivillige
grupper i lokalsamfunnet ☐

Annet

Hvilken form har samarbeidet med privat og frivillig sektor på
folkehelseområdet?

Vi har etablert lokalt partnerskap for
folkehelse (oppgaver og roller er
spesifisert i avtale) ☐

Lokale aktører deltar i råd og utvalg
på folkehelseområdet ☐

Lokale aktører kommer med innspill
til mål og strategier på
folkehelseområdet ☐

Lokale aktører bidrar til
tiltaksutvikling ☐

Vi har uformell kontakt ☐

Annet

Hvis kommunen har etablert partnerskap: Hvilke organisasjoner deltar?

Helseorganisasjoner (for
eksempel Norske
Sanitetskvinner
Landsforening,
Nasjonalforeningen for
folkehelsen) ☐

Veldedige
organisasjoner (for
eksempel Rotary, Lions) ☐

Arbeidslivsorganisasjon
er (for eksempel LO,
NHO) ☐

Politiske partier ☐

Friluftorganisasjoner ☐

Seniororganisasjoner ☐

Barne- og
ungdomsorganisasjoner ☐

Innvandrerorganisasjon
er ☐

Idrettslag ☐

Private bedrifter ☐

Organisasjoner for
brukere av helsetjenester
(for eksempel Mental
Helse,
Funksjonshemmedes
fellesorganisasjon)

☐

Private
frivillighetssentraler

☐

Private
barnehager/skoler

☐

Annet

I hvilken grad gis disse instansene innflytelse på prioriteringer i
folkehelsearbeidet?

	I Stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktu elt	Vet ikke
Eldreråd	☒	☒	☒	☒	☒
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	☒	☒	☒	☒	☒
Idrettsråd	☒	☒	☒	☒	☒
Barne- og ungdomsråd eller tilsvarende (barn og unges kommunestyre, kommunalt ungdomsutvalg etc)	☒	☒	☒	☒	☒
Partnerskap for folkehelse	☒	☒	☒	☒	☒

Andre
aktører

Har kommunen deltatt i Helsedirektoratets utviklingsprosjekt Helse i
Plan?

Ja ☒ Nei ☒ Vet ikke ☒

Til slutt: Gi gjerne eksempler på folkehelseiltak kommunen har satt i verk (som tiltak mot rus eller røyking, skolefravall, bedre boliger, sikring av inntekt)

Vedlegg 3 Spørreskjema til fylkeskommuner

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) gjennomfører en kartleggingsundersøkelse av kunnskapsgrunnlag, prioriteringer, organisering og ressurser i fylkeskommunalt folkehelsearbeid. Undersøkelsen gjennomføres på oppdrag av Helsedirektoratet og datainnsamlingen avsluttes 31. desember 2011.

Hensikten med undersøkelsen er å skaffe et referansepunkt før ny folkehelselov trer i kraft 1.januar 2012. I dag har fylkeskommunen ansvar for å ivareta folkehelsen til innbyggerne, Jf. Lov om fylkeskommunens oppgaver i folkehelsearbeidet. Ny lov vil gjøre det fylkeskommunale folkehelsearbeidet viktigere og Helsedirektoratet ønsker derfor å samle generell kunnskap om fylkeskommunalt folkehelsearbeid før ny lov trer i kraft.

Svarfrist er onsdag 7. desember 2011.

Spørsmålene handler om folkehelse og folkehelsearbeid. Med folkehelse mener vi: Befolkningens helsetilstand og fordeling av helse i befolkningen. Med folkehelsearbeid mener vi: Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Først følger spørsmål om folkehelsekoordinator-/rådgiver hos fylkeskommunen

Har fylkeskommunen en folkehelsekoordinator-/rådgiver?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hvilke arbeidsoppgaver har fylkeskommunens folkehelsekoordinator-/rådgiver?

- Det er ikke lagt noen spesifikk oppgave til rollen ☐
- Koordinere folkehelsearbeidet i fylkeskommunenes virksomhet og forvaltning ☐
- Koordinere det fylkeskommunale folkehelsearbeidet ☐
- Lede det regionale partnerskapet ☐
- Nettverksarbeid ☐
- Kompetanseoverføring til kommunene ☐
- Kontakt med enkeltkommuner ☐
- Utviklingsarbeid (regional utvikling, næringsutvikling mv.) ☐
- Ta del i det regionale planarbeidet ☐
- Kunnskapsutvikling ☐
- Utvikle oversikt over helsetilstanden i fylkeskommunen ☐
- Forvalte statlige tilskuddsmidler (spillemidler, lavterskelmidler, lokalsamfunnsmidler etc) ☐

Annet

I hvilken seksjon, avdeling eller enhet arbeider din nærmeste leder?

Spørsmålene under fokuserer på fylkeskommunens rolle og oppgaver i folkehelsearbeidet. Vi ønsker å kartlegge hva som oppfattes å være fylkeskommunens største utfordringer med tanke på folkehelse og oversikt/kunnskap om helsetilstanden i fylket, og hva som er fylkeskommunens sentrale virkemidler for å fremme folkehelse i fylket.

På hvilke områder har fylket størst utfordringer knyttet til folkehelsen?
Kryss av de viktigste.

- | | |
|--|--------------------------|
| Demografi | ☐ |
| Bolig og boligsosiale forhold | ☐ |
| Oppvekstmiljø | ☐ |
| Skole og utdanning | ☐ |
| Tannhelse | ☐ |
| Tilgang på arbeidsplasser | ☐ |
| Økonomiske forhold inkludert fattigdom | ☐ |
| Areal- og transportplanlegging | ☐ |
| Samferdsel/trafikk | ☐ |
| Næringsutvikling | ☐ |
| Miljøvern | ☐ |
| Grønt- og friluftsområder | ☐ |
| Universell utforming | ☐ |
| Trygghets- og kriminalitetsforebygging | ☐ |
| Sosiale møteplasser/sosialt nettverk | ☐ |
| Kulturaktiviteter | ☐ |

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| Fysisk aktivitet | ☐ |
| Ernæring | ☐ |
| Tobakk | ☐ |
| Rus (alkohol og narkotika) | ☐ |
| Seksuell helse | ☐ |
| Skader og ulykker | ☐ |
| Utvikling og formidling av kunnskap | ☐ |
| Medvirkning fra frivillige grupper | ☐ |

Annet:

Har fylkeskommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive/negative påvirkningsfaktorer i fylket?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hvilke kilder ble brukt til å skaffe oversikt over helsetilstand/påvirkningsfaktorer i fylket?

- | | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Folkehelseinstituttet | ☐ |
| Norgeshelsa | ☐ |
| Kommune-stat-rapporteringen (Kostra) | ☐ |
| Kommunehelseprofiler | ☐ |
| Skolestatistikk | ☐ |
| Miljøstatus.no | ☐ |

Kreftregisteret	☐
Statistisk sentralbyrå (SSB)	☐
Tannhelsetjenesten	☐
Informasjon fra Transportøkonomisk Institutt (TØI)	☐
Norsk institutt for aldring og oppvekst/Ungdata	☐
Vi samarbeider med regionale aktører om oversikt over helsetilstanden	☐
Fylkeskommunen gjør egne undersøkelser	☐

Ann
et

På hvilken måte brukes kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer (positive og negative) i folkehelsearbeidet?

Veiledning til kommunale planstrategier	☐
Grunnlag for samfunnsplanlegging	☐
Grunnlag for arealplanlegging	☐
Grunnlag for regional planstrategi	☐
Grunnlag for regionplan	☐
Veiledning til kommunale planstrategier	☐
Innspill til regional utvikling	☐
Innspill til samarbeid med private og frivillige aktører	☐
Dimensjonering og kvalitetssikring av tjenester	☐
Konkrete tiltak for å bedre folkehelsen	☐
I annet forebyggende arbeid	☐
Diskusjon om mål og strategier for folkehelsearbeidet	☐

Annet

☐

Evt utdypende
kommentarer

Hva er grunnen til at oversikt over helsetilstand/påvirkningsfaktorer ikke er utarbeidet?

Folkehelsearbeidet er tverrsektorielt. Koordinering av innsatsen gjennom fylkesplanleggingen understrekes derfor som et viktig virkemiddel. Vi er interessert i informasjon om planarbeid rettet inn mot forbedring av befolkningens helsetilstand og om hvordan helsen fordeler seg i befolkningen.

Omtales folkehelse i regional plan?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hvilke av disse folkehelse temaene omtales i regional plan? Kryss av de viktigste.

Demografi ☐

Bolig og boligsosiale forhold ☐

Oppvekstmiljø ☐

Skole og utdanning ☐

Tannhelse ☐

Tilgang på arbeidsplasser ☐

Økonomiske forhold inkludert fattigdom ☐

Areal- og transportplanlegging ☐

Samferdsel/trafikk ☐

- | | |
|--|--------------------------|
| Næringsutvikling | ☐ |
| Miljøvern | ☐ |
| Grønt- og friluftsområder | ☐ |
| Universell utforming | ☐ |
| Trygghets- og kriminalitetsforebygging | ☐ |
| Sosiale møteplasser/sosialt nettverk | ☐ |
| Kulturaktiviteter | ☐ |
| Fysisk aktivitet | ☐ |
| Ernæring | ☐ |
| Tobakk | ☐ |
| Rus (alkohol og narkotika) | ☐ |
| Seksuell helse | ☐ |
| Skader og ulykker | ☐ |
| Utvikling og formidling av kunnskap | ☐ |
| Medvirkning fra frivillige grupper | ☐ |

Annet

Involveres folkehelsekoordinator/annen ansvarlig for folkehelse i arbeidet med regional plan?

I stor grad ☐

I middels grad ☐

I liten grad ☐

Aldri ☐

Vet ikke ☐

På hvilken måte deltar fylkespolitikerne i folkehelsearbeidet?

Deltar ikke i folkehelsearbeidet ☐

Deltar i interne grupper/forum ☐

Deltar i partnerskapsarbeid ☐

Deltar i erfaringsnettverk ☐

Deltar på møter der folkehelse er tema ☐

Ann
et

På hvilken måte involveres fylkespolitikerne i planarbeidet?

Deltar i interne grupper/forum ☐

Deltar i offentlige medvirkningsprosesser ☐

Er i dialog med administrasjonen ☐

Deltar ikke i planarbeid ☐

Ann
et

Helsedirektoratet er interessert i å få en så god oversikt over ressursbruken i det fylkeskommunale folkehelsearbeidet som mulig. I de følgende spørsmålene er vi interessert i informasjon om hvordan folkehelsearbeidet finansieres og hvordan ressursbruken fordeler seg på ulike enheter eller avdelinger i fylkeskommunen.

Hvordan finansieres det lokale folkehelsearbeidet?

I stor grad I middels grad I liten grad Uaktuelt Vet ikke

Fylkeskommunens egne ressurser ☐ ☐ ☐ ☐ ☐

Statlige tilskudd/midler

Ann
et

Hvor mange årsverk er satt av til folkehelsearbeid i fylkeskommunen?

Ingen



Ett



To



Tre



Fire



Fem eller flere



Vet ikke



Uttevning av sosiale helseforskjeller er et mål i folkehelsepolitikken og defineres som helseforskjeller som følger sosiale skillelinjer i samfunnet. I de følgende spørsmålene ønsker vi å få kunnskap om hvorvidt sosial ulikhet i helse er utgangspunkt for tiltak i ulike deler av den fylkeskommunale virksomheten.

I hvilken grad er reduksjon av sosial ulikhet i helse et utgangspunkt for tiltak på følgende tjenesteområder?

	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktuelt	Vet ikke
Videregående opplæring	☐	☐	☐	☐	☐
Tannhelse	☐	☐	☐	☐	☐
Planlegging	☐	☐	☐	☐	☐
Kulturvern	☐	☐	☐	☐	☐
Samferdsel/kollektivtilbud	☐	☐	☐	☐	☐
Næringsutvikling	☐	☐	☐	☐	☐

Folkehelse	☒	☒	☒	☒	☒
Regional utvikling	☒	☒	☒	☒	☒
Lokalsamfunnsutvikling	☒	☒	☒	☒	☒
Friluftsliv/idrett/fysisk aktivitet	☒	☒	☒	☒	☒
Landbruk/ mat	☒	☒	☒	☒	☒
Fylkesrådmannens stab	☒	☒	☒	☒	☒

Ann
et

Hvilke konkrete virkemidler tar fylkeskommunen i bruk for å redusere sosiale ulikheter i helse?

Folkehelsearbeidet kutter på tvers av sektorer, vi er derfor interessert i å få kunnskap om hvordan folkehelsearbeidet er organisert og samarbeidet på tvers av sektorer.

Har de som arbeider med folkehelse felles leder?

Ja ☒ Nei ☒ Vet ikke ☒

Hvis de som arbeider med folkehelse har felles leder: I hvilken avdeling er lederen plassert?

Hvis de som arbeider med folkehelse ikke har samme leder: Hvilke avdelinger har årsverk satt av til folkehelsearbeid?

Hvor ofte har du kontakt med følgende virksomheter i fylkeskommunens folkehelsearbeid?

	Daglig	Ukentlig	Månedlig	Årlig	Sjelden	Uaktuelt	Vet ikke
Videregående opplæring	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tannhelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Planlegging	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kulturvern	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Samferdsel	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Næringsutvikling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Folkehelse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Regional utvikling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Lokalsamfunnsutvikling	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Friluftsliv/idrett/fysisk aktivitet	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Landbruk/ mat	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Fylkesrådmannens stab	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Annet							

Er det etablert tverrsektorielle arbeidsgrupper som arbeider med folkehelse spørsmål?

Ja, vi har arbeidsgruppe(r) for generelt folkehelsearbeid

☐

Ja, vi har arbeidsgruppe(r) for tematiske folkehelse spørsmål (eks: tannhelse, frafallsproblematikk)

☐

Ja, vi har arbeidsgruppe som samarbeider med kommunene om videregående skoler

☐

Ja, vi har arbeidsgruppe som arbeider med regional planlegging

☐

Ja, vi har arbeidsgruppe for kompetanseutvikling

☐

Ja, vi har arbeidsgruppe for næringsutvikling

☐

Nei, vi arbeider ikke tverrsektorielt

☐

Vet ikke

☐

Ann
et

Hvilke virksomhetsområder deltar hyppigst i slike tverrsektorielle grupper på folkehelseområdet?

Videregående opplæring

☐

Tannhelse

☐

Planlegging

☐

Kulturvern

☐

Samferdsel

☐

Næringsutvikling

☐

Folkehelse

☐

Regional utvikling

☐

Lokalsamfunnsutvikling

☐

Friluftsliv/idrett/fysisk aktivitet

☐

Landbruk/ mat

☐

Fylkesrådmannens stab

☐

Uaktuelt

☐

Ann
et

De følgende spørsmålene fokuserer på fylkeskommunens kompetanse og kompetansebehov.

Hvilken kompetanse har fylkeskommunen angående folkehelse?

Er kompetansen tilstrekkelig?

Ja ☐ Nei ☐ Vet ikke ☐

Hva trenger fylkeskommunen mer kompetanse om angående folkehelse?

Samarbeider fylkeskommunen med andre regionale aktører for å skaffe seg kompetanse?

Ja, med universitets-/ og høyskolemiljøer ☐

Ja, med fylkesmannen ☐

Ja, med frivillige organisasjoner ☐

Ja, med eldreråd ☐

Ja, med rådet for funksjonshemmede ☐

Ja, med flerkulturelt råd ☐

Ja, med ungdommens fylkesting ☐

Ja, men med andre aktører enn de som nevnes her ☐

Nei ☐

Vet ikke ☐

Hvis samarbeid med andre aktører, spesifiser

Fylkeskommunen skal være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i fylket. Det er derfor viktig å få informasjon om hvordan fylkeskommunen samarbeider med kommunene om ulike folkehelse tema og hvordan pådriverrollen faktisk utformes.

På hvilke måter følger fylkeskommunen opp kommunenes folkehelsearbeid?

	Ja	Nei	Uaktuelt	Vet ikke
Vi tilbyr kunnskap om helsetilstand/ helseutfordringer	☒	☒	☒	☒
Vi tilbyr kunnskap om påvirkningsfaktorer for helse	☒	☒	☒	☒
Vi tilbyr støtte i det kommunale planarbeidet	☒	☒	☒	☒
Vi tilbyr råd og veiledning om lokalt folkehelsearbeid	☒	☒	☒	☒
Vi har etablert partnerskap, dvs. formalisert samarbeid der roller og oppgaver er spesifisert	☒	☒	☒	☒
Vi tilbyr kompetansebygging/ videreutdanning	☒	☒	☒	☒
Vi tilbyr seminarer, konferanser, møteplasser	☒	☒	☒	☒
Vi etablerer erfaringsnettverk mellom kommuner	☒	☒	☒	☒
Vi gir økonomiske midler og tilskudd	☒	☒	☒	☒
Vi bidrar til tiltaksutvikling i kommunene	☒	☒	☒	☒
Vi har kontakt med kommunene i enkeltsaker	☒	☒	☒	☒
Fylkeskommunen bidrar ikke til kommunenes folkehelsearbeid	☒	☒	☒	☒

Ann
et

Hvilke folkehelse temaer fokuserer fylkeskommunen på i forhold til kommunene? Kryss av de viktigste.

Demografi ☐

Bolig og boligsosiale forhold ☐

Oppvekstmiljø	☐
Skole og utdanning	☐
Tannhelse	☐
Tilgang på arbeidsplasser	☐
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	☐
Areal- og transportplanlegging	☐
Samferdsel/trafikk	☐
Næringsutvikling	☐
Miljøvern	☐
Grønt- og friluftsområder	☐
Universell utforming	☐
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	☐
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	☐
Kulturaktiviteter	☐
Fysisk aktivitet	☐
Ernæring	☐
Tobakk	☐
Rus (alkohol og narkotika)	☐
Seksuell helse	☐
Skader og ulykker	☐
Utvikling og formidling av kunnskap	☐
Medvirkning fra frivillige grupper	☐

Ann
et

Samarbeid anses som en viktig del av folkehelsearbeidet, både med andre offentlige etater, private aktører og frivillig sektor. Med frivillig sektor mener vi aktører som verken er offentlige eller kommersielle, dvs. de eies ikke av noen. Eksempler på aktører i frivillig sektor er ideelle- og interesseorganisasjoner, mer ad hoc pregede grupper, private institusjoner og allmenntilrettefond. Samarbeid kan ta ulike former. Partnerskap for folkehelse er en mulig form for samarbeid. Det kan defineres som gjensidig forpliktende avtaler om samarbeid der roller og oppgaver er fordelt.

I hvilken grad samarbeider du med følgende aktører om folkehelsearbeidet?

	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktuelt	Vet ikke
Fylkesmannen	☒	☒	☒	☒	☒
Helseforetaket	☒	☒	☒	☒	☒
NAV	☒	☒	☒	☒	☒
Frivillig sektor	☒	☒	☒	☒	☒
Bedrifter	☒	☒	☒	☒	☒
Næringslivsorganisasjoner	☒	☒	☒	☒	☒
Arbeidslivsorganisasjoner	☒	☒	☒	☒	☒
Regionale, statlige tilsyn	☒	☒	☒	☒	☒
Bufetat	☒	☒	☒	☒	☒
Politidistriktet	☒	☒	☒	☒	☒
Høgskole-/universitets-/forskningsinstitusjoner	☒	☒	☒	☒	☒

Ann
et

Hva samarbeider fylkeskommunen og fylkesmannen om på folkehelsefeltet?

Hvilke typer samarbeid har fylkeskommunen på folkehelseområdet?

Regelmessige møter ☐

Partnerskap der roller og oppgaver er spesifisert ☐

Nettverksbasert samarbeid ☐

Møter om enkeltsaker ☐

Samarbeid om kompetanseutvikling ☐

Samarbeid om kompetanseheving ☐

Uaktuelt ☐

Ann
et

Hva er din erfaring med partnerskapsarbeid på folkehelsefeltet? (her menes både partnerskap med kommunene og med regionale aktører)

I hvilken grad samarbeider fylkeskommunen med frivillig sektor?

I stor grad ☒

I middels grad ☐

I liten grad ☐

Uaktuelt ☐

Vet ikke ☐

Om hvilke folkehelse temaer samarbeider fylkeskommunen mest med frivillig sektor? Kryss av de viktigste.

Demografi ☐

Bolig og boligsosiale forhold ☐

Oppvekstmiljø ☐

Skole og utdanning	☐
Tannhelse	☐
Tilgang på arbeidsplasser	☐
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	☐
Areal- og transportplanlegging	☐
Samferdsel/trafikk	☐
Næringsutvikling	☐
Miljøvern	☐
Grønt- og friluftsområder	☐
Universell utforming	☐
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	☐
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	☐
Kulturaktiviteter	☐
Fysisk aktivitet	☐
Ernæring	☐
Tobakk	☐
Rus (alkohol og narkotika)	☐
Seksuell helse	☐
Skader og ulykker	☐
Utvikling og formidling av kunnskap	☐
Medvirkning fra frivillige grupper	☐

Ann
et

I hvilken grad gis disse aktørene innflytelse på prioriteringer i folkehelsearbeidet?

	I stor grad	I middels grad	I liten grad	Uaktuelt	Vet ikke
Eldreråd	☒	☒	☒	☒	☒
Råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne	☒	☒	☒	☒	☒
Idrettsråd	☒	☒	☒	☒	☒
Barne- og ungdomsråd eller tilsvarende (barn og unges fylkesting, fylkeskommunalt ungdomsutvalg etc)	☒	☒	☒	☒	☒
Partnerskap for folkehelse	☒	☒	☒	☒	☒
Andre råd eller arenaer	☒	☒	☒	☒	☒

Hvis andre råd eller arenaer, spesifiser

Til slutt: Gi gjerne eksempler på folkehelseiltak fylkeskommunen har satt i verk (som frafallsproblematikk, helsefremmende skoler, samarbeid med kommuner, samarbeid på fylkesnivå, osv)

Tusen takk for at du tok deg tid til å svare på spørsmålene. Den ferdige rapporten vil publiseres i løpet av våren 2012 og kan lastes ned fra www.nibr.no.

Vennlig hilsen

Marit Helgesen,
prosjektleder,
marit.helgesen@nibr.no

Hege Hofstad,
prosjektmedarbeider,
hege.hofstad@nibr.no