

Marit Kristine Helgesen,
Hege Hofstad og
Guri Mette Vestby

Kommunehelseprofiler

**Kommunenes bruk av
Helsedirektoratets nettsted**



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Kommunehelseprofiler

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2008:16

Psykisk helse og psykisk sykdom

Innbyggernes kunnskaper og holdninger

NIBR-rapport 2007:2

Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter

NIBR-rapport 2006:21

Mange vil ha alt de får, andre vil ikke ha noe

Om brukermidvirkning i psykisk helsetjeneste i kommunene

NIBR-rapport 2006:11

Kommunalt psykisk helsearbeid

Utviklingstrekk 2002-2005

Rapportene koster kr 250,-, 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

www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte prisene

Marit Kristine Helgesen, Hege Hofstad
og Guri Mette Vestby

Kommunehelseprofiler

Kommunenes bruk av Helsedirektoratets
nettsted

NIBR-rapport 2008:28

Tittel:	Kommunehelseprofiler Kommunenes bruk av Helsedirektoratets nettsted
Forfatter:	Marit Kristine Helgesen, Hege Hofstad og Guri-Mette Vestby
NIBR-rapport:	2008:28
ISSN:	1502-9794
ISBN:	978-82-7071-750-7
Prosjektnummer:	O-2625
Prosjektnavn:	Helse i Plan
Oppdragsgiver:	Helsedirektoratet
Prosjektleder:	Guri Mette Vestby
Referat:	Nettstedet og statistikkverktøyet Kommunehelseprofiler er tilrettelagt av Helsedirektoratet til bruk på kommunalt nivå. Evalueringen undersøker i hvilken grad kommunene kjenner nettstedet, i hvilken grad og til hvilke formål de bruker nett- stedet og det tilhørende statistikk- verktøyet. Rapporten bygger på en survey til alle kommuner og telefonintervjuer til planleggere og folkehelsekoordinatorer i ti kommuner.
Sammendrag:	Norsk
Dato:	November 2008
Antall sider:	60
Utgiver:	Norsk institutt for by- og regionforskning Gaustadalléen 21 0349 OSLO
Vår hjemmeside:	Telefon: (+47) 22 95 88 00 Telefaks: (+47) 22 60 77 74 E-post: nibr@nibr.no http://www.nibr.no
	Org. nr. NO 970205284 MVA © NIBR 2008

Forord

Dette er rapporteringen fra devalueringen om Kommunehelseprofiler. Den inngår i en større evaluering av Kommunehelseprofiler, Tilskottsordning for lavterskel fysisk aktivitet, Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse. Evalueringen gjennomføres av Møreforskning og NIBR i samarbeid. De to første devalueringene ferdigstilles og rapporteres høsten 2008. Møreforskning har hele ansvaret for Lavterskel fysisk aktivitet, mens NIBR har det hele ansvaret for foreliggende evaluering og rapport. Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse ferdigstilles i 2009.

Møreforskning ved Randi Bergem har prosjektlederansvaret for helheten i prosjektet, ved NIBR er Guri Mette Vestby prosjektleder. Den foreliggende evalueringen av Kommunehelseprofiler er gjennomført som et samarbeid av NIBR's forskerteam. Hege Hofstad og Guri Mette Vestby har hatt hovedansvaret for utforming og gjennomføring av den elektroniske surveyen til kommunene, mens Marit Helgesen har hatt ansvaret for opplegg, gjennomføring og analyse av de kvalitative intervjuene. Helgesen har også hatt hovedansvaret for rapporteringen.

Oslo, november 2008

Berit Nordahl
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Sammendrag.....	6
Tabelloversikt.....	4
1 Kommunehelseprofiler.....	9
1.1 Innledning; hva er Kommunehelseprofiler	9
1.2 Planlegging i kommunene.....	11
1.3 Den kommunale konteksten	13
1.4 Metode.....	14
1.5 Evaluerings problemstillinger	16
2 Om kommunene og respondentene.....	18
2.1 Innledning	18
2.2 Kommuner.....	18
2.3 Respondenter.....	19
2.4 Oppsummering	23
3 Besøk og besøksfrekvens på kommunehelseprofilene	25
3.1 Innledning	25
3.2 Besøk på nettstedet Kommunehelseprofiler.....	25
3.2.1 Å få kunnskap om nettstedet	27
3.3 Besøksfrekvens.....	29
3.4 Hvilke deler av kommunehelseprofilene har respondentene besøkt?	31
3.5 Oppsummering	34
4 Tema det ble hentet informasjon om og formålet med å hente informasjonen	36
4.1 Innledning	36
4.2 Tema respondentene søkte etter informasjon om	36
4.3 Bruk av informasjonen.....	39
4.4 Oppsummering	41
5 Respondentenes vurdering av nettstedet	43

5.1	Innledning	43
5.2	Behov for fagstoff om kommunal planlegging.....	44
5.3	Vurdering av statistikkverktøyet	47
5.4	Oppsummering	50
6	Noen tema til diskusjon.....	51
6.1	Innledning	51
6.2	Kommunehelseprofiler og andre nettsteder	51
6.3	Kommunenes behov for kunnskap.....	52
6.4	Kommunal kontekst.....	54
6.5	Oppsummering og avslutning.....	54
Litteratur:		56
Vedlegg 1	Spørreskjema.....	58
Vedlegg 2	Intervjuguide.....	64

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Fylkeskommuner og kommuner i intervju-materialet	16
Tabell 2.1	Andelen planleggere og folkehelsekoordinatorer som har svart på hele eller deler av spørreskjema relativt til kommunestørrelse. (Prosent, hele tall i parentes)	19
Tabell 2.2	Respondenter og yrkesgrupper i kommunene (Prosent, hele tall i parentes)	20
Tabell 2.3	Antall respondenter som selv er folkehelsekoordinatorer (Prosent, hele tall i parentes)	21
Tabell 2.4	Folkehelsekoordinatorer fordelt på kommune-størrelse (Prosent, hele tall i parentes)	22
Tabell 3.1	Andel som kjenner til kommunehelseprofilene og som har besøkt dem (Prosent, hele tall i parentes)	26
Tabell 3.2	Kilde til kunnskap om kommunehelseprofilene (Prosent, hele tall i parentes)	27
Tabell 3.3	Antall besøk på hjemmesidene kommunehelse-profiler (Prosent, hele tall i parentes)	30
Tabell 3.4	Besøk på ulike elementer av nettstedet kommunehelseprofiler (Prosent, hele tall i parentes)	33
Tabell 4.1	Tema respondentene har søkt etter informasjon om (Prosent, hele tall i parentes)	37
Tabell 4.2	Til hvilket formål er nettstedets ulike tema brukt (Prosent, hele tall i parentes)	40
Tabell 5.1	Behov for fagstoff om kommunal planlegging (Prosent, hele tall i parentes)	44
Tabell 5.2	Hvilke tema opplever respondentene at de savner fagstoff om? (Prosent, hele tall i parentes)	45

Tabell 5.3	Vurdering av statistikkverktøyet (Prosent, hele tall i parentes).....	47
Tabell 5.4	Sammenligninger på tvers av kommuner (Prosent, hele tall i parentes)	49
Tabell 5.5	Relevans av kommunehelseprofilene for folkehelsearbeidet (Prosent, hele tall i parentes)	50

Sammendrag

Marit Kristine Helgesen, Hege Hofstad og Guri Mette Vestby

Kommunehelseprofiler

Kommunenes bruk av Helsedirektoratets nettsted
NIBR-rapport 2008:28

I denne rapporten redegjøres det for evaluering av kommunenes kjennskap til og bruk av nettstedet og statistikkverktøyet Kommunehelseprofiler. Evalueringen har følgende problemstillinger:

- I hvilken grad og i hvilke sammenhenger bruker kommuner, fylkesmenn og fylkeskommuner verktøyet Kommunehelseprofiler i planarbeidet?
- Hvilke deler av Kommunehelseprofilene brukes mest?
- På hvilke områder er det forbedringspotensial når det gjelder utvalg av indikatorer, presentasjon av indikatorer og fagstoff?
- Hvilke erfaringer finnes når det gjelder bruk av Kommunehelseprofiler i kunnskapsproduksjon, idé- og utviklingsarbeid og strategisk argumentasjon?
- I hvilken grad ligger Kommunehelseprofilene til grunn for valg av tematiske satsninger i folkehelsearbeidet i kommunene?

Disse problemstillingene belyses med et datamateriale som er samlet inn gjennom en survey til folkehelsekoordinatorer og planleggere i alle kommuner, samt intervjuer med de samme kommunale aktørene i ti kommuner. Kommunene er strategisk valgt ut fra om de ligger i en fylkeskommune som har arbeidet mye for å informere kommunene om nettstedet eller om det er gjort

forholdsvis lite fra fylkeskommunens side for å informere og legge til rette for at kommunene tar i bruk KommuneHelseprofiler i sitt planleggingsarbeid. Nettstedet KommuneHelseprofiler består av et statistikkverktøy som også heter kommuneHelseprofiler, samt av kommunebarometeret, aktuelt, faktaark, tiltakspakker, gode eksempler og dokumenterte effekter av tiltak.

I kapittel to presenteres de kommunene der aktører har svart på spørreskjemaet. Det er lagt vekt på å presentere kommune-størrelse, aktørenes stilling og stillingens plassering i det kommunale byråkratiet. Observasjonene er for det første at relativt få aktører fra små kommuner, med 3000 innbyggere eller færre, har svart på skjemaet. For det andre svarer fordelingen på størrelses-kategoriene noenlunde med fordelingen av populasjonen av kommuner på de samme kategoriene. Blant folkehelse-koordinatorer tilhørte flest respondenter stillingskategorien kommunelege eller kommunelege 1. Blant planleggerne tilhørte de fleste stillingskategoriene kommuneplanlegger eller plankonsulent. Respondentene var plassert høyere i det kommunale byråkratiet enn vi hadde regnet med. Det vil si mange hadde posisjoner som enhetsledere eller lignende.

Kapittel tre presenterer og diskuterer problemstillingene om i hvilken grad kommunene bruker verktøyet kommuneHelseprofiler i planarbeidet og hvilke deler av nettstedet som brukes mest. Både nettstedet og verktøyet er lite kjent i kommunene. Av dem som kjenner til det er det også få som har besøkt nettstedet. Det ser ut til å være en forholdsvis høy barriere å besøke nettstedet første gang. Er nettstedet imidlertid besøkt en gang, besøkes det i stor grad gjentatte ganger. På nettstedet er det statistikkverktøyet og kommunebarometeret som besøkes, de andre elementene har respondentene i liten grad besøkt.

Kapittel fire behandler problemstillingen om hvilke erfaringer kommunene har med bruk av nettstedet i kunnskapsproduksjon, idé- og utviklingsarbeid, samt strategisk argumentasjon i folkehelsearbeidet. Respondentene søkte i størst grad informasjon om sosial ulikhet i helse og fysisk aktivitet. Informasjonen ble særlig brukt til faglig kompetanseheving og til kartlegging til bruk i det daglige arbeidet. Nettstedet er i liten grad brukt for å hente informasjon knyttet opp mot konkrete utbyggingstiltak eller konsekvensutredninger.

Kapittel fem behandler problemstillingen om forbedringspotensial med hensyn på utvalg av indikatorer, presentasjon av indikatorer og fagstoff. Det er få som kjenner nettstedet så godt at de har gjort seg opp en mening om disse spørsmålene. Av disse få er det likevel relativt mange som savner stoff om kommunale planer og planprosesser. Det er også ganske mange som savner stoff om sosial ulikhet i helse, miljørettet helsevern, fysisk aktivitet, universell utforming, samt skade- og ulykkesforebygging. De samme temaene kommer høgt når det gjelder hvilke tema det savnes indikatorer om. På tross av at det savnes fagstoff og indikatorer om disse temaene anser de fleste som har svart på disse spørsmålene at nettstedet er svært godt eller bra, at mulighetene for sammenligning er gode og at nettstedet har relevans for dem.

Kapittel seks oppsummerer og peker på noen utfordringer. Selv om mange ikke kjenner eller har besøkt nettstedet har det potensial. Den konklusjonen kan trekkes ut fra responsen som gis i intervjuene som er gjennomført, der alle så nær som to blir meget begeistret for det de får se når vi går gjennom nettstedet med dem.

Vi observerer likevel at nettstedet har konkurranse fra en del andre nettsteder. Denne utfordringen kan møtes ved at informasjonen om nettstedet kommunehelseprofiler skreddersys for utfordringer kommunene opplever at de har.

Vi observerer også at nettstedet ikke tilbyr optimale fakta for det kunnskapsbehovet de 162 kommunene med 3000 eller færre innbyggere har. Denne utfordringen kan møtes ved at informasjon om kommuner i denne størrelseskategorien slås sammen med informasjon om andre kommuner i regionen og ved at kommunene oppfordres til å bruke informasjonen i den formen.

Den tredje observasjonen vi velger å kommentere er at den måten kommunene forstår og omsetter nasjonale målsettinger til lokal politikk på er avhengig av kommunal kontekst som blant annet består av den kommunale organisasjonen og den kompetansen kommunene har om planlegging og andre tematiske politikk-områder. Informasjonen om nettstedet og den kunnskapsbaserte, tematiske informasjonen som legges ut bør forholde seg til dette. Det kan gjennomføres ved å tematisere planprosesser, samt hvordan koordinering og samordning kan gjennomføres i praksis på kommunalt nivå.

1 Kommunehelseprofiler

1.1 Innledning; hva er Kommunehelseprofiler

Som et ledd i arbeidet med å stimulere den kommunale planleggingen innenfor kommuneplanens samfunnsdel, er nettstedet Kommunehelseprofiler (nettstedet khp) utviklet av daværende Sosial- og helsedirektoratet. Nettstedet khp er et arbeidsverktøy og ligger forholdsvis lett tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider. Det ble lansert i august 2006 og hadde, da denne evalueringen startet med en survey til kommunene, vært tilgjengelig i omlag 1,5 år. På tidspunktet for den påfølgende intervjuundersøkelsen hadde det vært tilgjengelig i om lag to år.

I St.meld.nr. 16 (2002-2003) bestilte regjeringen en samlet statistikk over helsetilstanden i norske kommuner og forhold som påvirker denne. Kunnskapen skulle kommunene bruke som et grunnlag for plan- og beslutningsprosesser, samt at de skulle styrke dialogen med befolkningen om folkehelse spørsmål. Arbeidet med det nettbaserte verktøyet ble startet i 2004 og var et samarbeid mellom daværende Sosial- og helsedirektoratet, Statistisk Sentralbyrå og Nasjonalt Folkehelseinstitutt. Et brukerpanel bestående av kommuneleger, kommunalt ansatte, KS, fylkeskommunen og fylkesmannen ga innspill underveis til tema og indikatorer på tema. Sosial- og helsedirektoratet, nå Helsedirektoratet, hadde og har fortsatt prosjektlederansvaret. Det vil si at statistikken på nettstedet khp tilrettelegges for bruk i Helsedirektoratet.

Nettstedet kommunehelseprofiler inneholder et statistikkverktøy som kalles Kommunehelseprofiler og som tilbyr statistisk behandlet og tilrettelagt kunnskap på kommune- og fylkesnivå. Kunnskapen bygger på informasjon fra tall som er samlet inn for diverse formål. Statistiske kilder som er brukt inn mot

Kommunehelseprofilene er Kommune- stat rapporteringen (KOSTRA), diverse annen befolkningsstatistikk fra Statistisk Sentralbyrå (SSB), Nasjonalt Folkehelseinstitutt og Rikstrygdeverket, nå Arbeids- og velferdsforvaltningen (NAV). Mye av denne statistikken er basert i tall kommunene selv samler inn og sender fra seg. Det gjelder spesielt for tall som hentes fra KOSTRA og SSB.

Indikatorene i verktøyet er ordnet i fire kategorier:

- 1) Risikofaktorer og beskyttende faktorer
- 2) Helsetjenester
- 3) Demografiske og sosioøkonomiske data
- 4) Helsetilstand

Brukerne kan få fram status for ulike folkehelseindikatorer på kommune- og fylkesnivå. Kravet om kommunespesifikke tall legger noen begrensninger på hvilke folkehelseindikatorer det er mulig å få fram statistikk på. Også hensynet til personvernet legger begrensninger på statistikktilfanget. Disse begrensningene fører for eksempel til at informasjon om mental helse og rusproblematikk ikke er tilgjengelig i verktøyet. Oversikt over indikatorene gis i vedlegg 1.

Statistikkverktøyet andre del er et Kommunebarometer. Det er en ferdig oppstilt figur over en del av indikatorene som inngår.

Verktøyet inneholder videre *aktuelt* som er oppstartsiden og der det legges ut aktuelt stoff som kan være av interesse i kommunene. Dernest inneholder det et sett *faktaark* som utdyper de fire indikatorekategoriene i statistikkverktøyet. De er ment som et supplement til tallene for dem som ønsker å gå dypere inn i problematikken. De henviser også til aktuelle steder å finne mer informasjon gjennom lenker og litteraturhenvisninger.

Tiltakspakkene er handlingsplaner, veiledere, rundskriv, meldinger og lignende fra offentlige myndigheter samlet tematisk i ”pakker” på ulike folkehelse tema. Disse inneholder også en del policy signaler.

Profilene inneholder også *gode eksempler* fra lokalt folkehelsearbeid og *dokumenterte effekter av tiltak* som er en presentasjon av resultater fra forskning, programmer og satsninger. Mer informasjon om Kommunehelseprofilene er å finne på www.shdir.no.

I forbindelse med lanseringen av KommuneHelseprofilene gjennomførte Sosial- og helsedirektoratet en informasjonskampanje overfor kommuner og fylkesmenn. Denne ble gjennomført som utsendelse av brev og brosjyrer om profilene, sendt til kommunenes postmottak. I tillegg har prosjektleder i Helsedirektoratet tilbudt informasjon og veiledning til alle fylkesmenn, og alle unntatt Finnmark og Nord-Trøndelag er besøkt. Også kommuner, høyskoler og enkeltpersoner har fått informasjon og opplæring.

1.2 Planlegging i kommunene

KommuneHelseprofilene skal kunne fungere som et redskap for å arbeide med helserelaterte problemstillinger i kommuneplanen. Kommunal planlegging består av mange ulike plantyper med ulik forankring både i lovverket og i samfunnets sektorer.

Økonomiplanen er hjemlet i kommuneloven som Kommunal- og regionaldepartementet har ansvaret for. Planen skal omfatte hele kommunens virksomhet og gi en realistisk oversikt over sannsynlige inntekter, forventede utgifter og prioriterte oppgaver. Økonomiplanen rulleres en gang årlig, men omfatter minst de neste fire budsjettårene.

Kommuneplanen er hjemlet i plan- og bygningsloven som er Miljøverndepartementets ansvar. Den skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og skal omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. Kommuneplanen gir grunnlag for bruk og vern av kommunens ressurser og rulleres minst en gang hver kommunestyreperiode. Den består av en *samfunnsdel* som inneholder langsiktige utfordringer, mål og strategier og en juridisk bindende arealdel som angir hovedtrekkene i arealdisponeringen. *Reguleringsplanen* gir en mer detaljert angivelse av bruk, vern og utforming av arealer og fysiske omgivelser, herunder teknisk infrastruktur og utforming av vegnett. I tillegg kan det lages *kommunedelplaner* for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder. Kommuneplanen og økonomiplanen springer altså ut av to ulike plansystemer som er til dels konkurrerende. Begge koordinerer kommunens aktiviteter og gjør prioriteringer.

I norske kommuner er det økonomiplanleggingen som har høyest status som styringsinstrument (Falleth og Stokke 2001). Den er nærmere knyttet opp mot kommunenes egen økonomiske virksomhet, har en kortere tidshorisont og rulleres hyppigere enn kommuneplanen. Men også arealplanleggingen, som er en del av kommuneplanen, er godt forankret i norske kommuner. 86 % av kommunene hadde vedtatt en arealplan i 1999 (Miljøverndepartementet 1999). Kommuneplanens måldel eller samfunnsdel, hvor overordnede målsettinger og visjoner beskrives, har ikke hatt samme oppslutning. $\frac{3}{4}$ av kommunene gjennomfører kommuneplanlegging, men i mange tilfeller bærer prosessen preg av et visst pliktlop (Falleth 2007). Til tross for at samfunnsdelen i kommuneplanen har manglende status i kommunene, har en både på internasjonalt og nasjonalt nivå stor tro på dette verktøyet (St meld 26 (2006-2007:47), St meld 16 (2002-2003:77), Barton og Tsourou 2000).

I 1996 vedtok Stortinget å sette i gang en revidering av plan- og bygningsloven fra 1985. Dette arbeidet kulminerte i ny planlov 12 år etter. Den ble vedtatt mai 2008, med ikrafttredelse fra 2009 (Besl. O nr. 84 2007-2008). Her integreres folkehelse i kommunal planlegging. Bærekraftig utvikling, hvor folkehelse inngår som en del av definisjonen, skal være et formål for planleggingen (Ot.prp. 32 2007-2008:170). Lovgiverne fremhever videre at planlegging skal styrke folkehelsen ved å bidra til å beskytte mot risikofaktorer og fremme faktorer som virker positivt på helse og livskvalitet. Rettferdig og jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen fremheves spesielt. Folkehelsearbeidet skal med andre ord løftes ut av helsesektoren og integreres på tvers av sektorene i kommuneplanprosessen.

Det har også tidligere vært drevet planlegging på tema som faller inn under samlebetegnelsen folkehelse, men det har gjerne vært isolert fra annet planleggingsarbeid kommunene har gjennomført (Fosse 2000, Amdam m. fl 2006). En av regjeringens begrunnelser for å fokusere på faktorer som påvirker helsen var at ”sammenhengen mellom helseforhold og andre sektors og politikkområders ansvar tydeliggjøres”. (St.meld. nr. 16 (2002-2003)). Vestfold fylkeskommune har tatt tak i denne utfordringen og arbeider ut fra en definisjon av folkehelse som omfatter de ”levekår som bidrar til å fremme eller hemme god helse i befolkningen definert som: boligforhold, økonomisk trygghet,

skole- og arbeidsmuligheter, hjelp etter behov, sosial tilhørighet, ytre miljø og livsstil” (Fylkesmannen i Vestfold Foredrag på konferanse 2006). Dette ligger nært opp til hvordan St.meld. nr. 20 (2006-2007), mener strategien bør legges opp for å utjevne sosiale helseforskjeller: Skal politikkområdene kunne samarbeide om den felles målsettingen om å styrke folkehelsen, kreves det at de integreres og at kommuneplanens samfunnsdel virker som et styringsverktøy.

1.3 Den kommunale konteksten

Den nasjonale målsettingen er at kommunene skal benytte kommuneplanens samfunnsdel som styringsverktøy for å integrere folkehelsearbeidet i kommunal politikk og tiltak. I hvilken grad kommunene velger å gjøre det er avhengig av hvordan de forstår folkehelsearbeidet og de politikkområder det eventuelt kan integreres i, samt den kompetanse og administrative kapasitet de har (Røvik 2007, Myrvold 2001). Hvis kommunene skal gjennomføre god planlegging på folkehelse tema vil det kreve at de omsetter den nasjonale målsettingen til lokal politikk, samt at de har tilgang til god kunnskap om alle forhold i kommunen. Folkehelse påvirkes av forhold på en rekke andre samfunnsfelter enn helsefeltet og kommunene vil trenge kunnskap om både helsemessige forhold som kommunehelsetjenesteloven pålegger kommunene å overvåke, og om sosiale, økonomiske og kulturelle forhold i kommunen. De bør også kunne ha tilgang til tilsvarende kunnskap om kommuner det er relevant å sammenligne seg med. Folkehelsemeldingen (St.meld.nr. 16 2002-2003:78) påpeker at kunnskapen som eksisterer bør gjøres enklere tilgjengelig for kommunene og at de helseprofilene som på tidspunktet er tilgjengelige bør tilrettelegges slik at kommunene enkelt kan hente ut profiler for sin kommune.

Slike helseprofiler foreligger nå i form av nettstedet kommune-helseprofiler. Kommunehelseprofiler kan gi kommunene et grunnlag for å starte planleggingsprosesser for sine sosiale- og folkehelse relaterte arbeidsområder. Medarbeidere i kommunene kan i stor utstrekning gå til nettstedet og skreddersy informasjon til fakta om egen kommune. Det vil si at det er lagt til rette for at fakta omsettes for å tas i bruk i den kommunale konteksten (www.shdir.no). Når kommunene tar fakta i bruk, antar vi at de

omgjøres dem til kunnskap om egen kommune og at kommunene behandler fakta i forhold til spesifikke saker, kompetansen de har, kultur i aktuelle deler av organisasjonen og den bredere administrative og politiske konteksten.

Kommunehelseprofilene som her evalueres utgjør altså en kilde for fakta kommunene kan bruke som bakgrunnskunnskap for målsettinger, strategier og prioriteringer i kommuneplanen.

Ved siden av at verktøyet kan brukes inn mot planlegging i kommunene antar vi også i undersøkelsen at det kan brukes inn mot strategiske enkeltvedtak, konsekvensutredninger, konkrete folkehelseiltak, kartlegginger til bruk i det daglige arbeidet og faglig kompetanseheving.

1.4 Metode

Evalueringen er en del av en større evaluering av arbeidet som gjøres for å styrke folkehelsearbeidet, herunder å bedre forankringen i den kommunale planleggingen. Evalueringen omfatter tiltakene "Partnerskap for folkehelse", "Helse i Plan", "Kommunehelseprofiler" og "Tilskuddsordningen til lavterskel fysisk aktivitet" som gjennomføres av Møreforskning og NIBR i samarbeid. Foreliggende evaluering av Kommunehelseprofiler er gjennomført av NIBR. Møreforskning har ansvaret for evaluering av Tilskottsordning til lavterskel fysisk aktivitet. Begge disse ferdigstilles høsten 2008. Evaluering av Helse i Plan og Partnerskapsordningen fortsetter ut 2009, og er et samarbeid mellom NIBR og Møreforskning.

Hovedmaterialet i den empiriske analysen av Kommunehelseprofiler består for det første av en survey som er sendt til planleggere og folkehelsekoordinatorer i alle norske kommuner, altså 430 kommuner. Dette grepet gir oss en mulighet til å sammenligne på tvers av kommunale arbeidsområder og det kan gi en indikasjon på hvor godt folkehelseproblemstillingene er integrert i den kommunale planleggingen.

For det andre består det empiriske materialet av en intervjuundersøkelse. Denne ble gjennomført som telefonintervjuer og på bakgrunn av den informasjon vi fikk fra surveyundersøkelsen. Det er intervjuet en planlegger og en folkehelsekoordinator fra 10

kommuner, tilsammen 20 intervjuer med respondenter om deres kjennskap til og bruk av kommunehelseprofilene. I intervjuene utdypet vi problemstillingene rundt kommunenes bruk av statistikk og fakta som nettstedet khp tilbyr.

Flere kriterier ligger til grunn for valget av kommuner. For det første om de ligger i en fylkeskommune som har gjennomført tiltak angående informasjon og opplæring om Kommunehelseprofilene. Dette er bestemt ut fra opplysninger gitt fra fylkeskommunene. For det andre har vi latt kommunestørrelse være utslagsgivende ut fra en antakelse om at kommuner med ulik størrelse har ulike utfordringer med hensyn på planlegging for folkehelse og hvilken informasjon og input de trenger.

Å bruke størrelse som kriterium kan begrunnes i flere forhold: For det første må kommunene planlegge etter samme lov- og regelverk og trolig med de samme standardiserte krav til planleggingens prosess, form og innhold (Myrvold 2001). Dette kan gi de små kommunene særlige utfordringer med hensyn til planfaglig kompetanse og administrativ kapasitet; altså om de har personell, tid og ressurser til å drive planlegging. Planer skal både lages og ajourføres, samt at de skal koordineres og følges opp med politisk behandling og beslutning. Dette arbeidet påvirkes av den administrative kapasiteten kommunene har, dvs. at størrelse kan påvirke kommunenes muligheter til å arbeide for å integrere folkehelserelaterte tema i kommunenes planer. For det andre viste det kvantitative datamaterialet at størrelse slår noe ut med hensyn på planleggeres og folkehelsekoordinatorers kjennskap til og bruk av kommunehelseprofiler.

Kommunene tilhører altså ulike størrelseskategorier. Det er valgt ut to kommuner med 3000 innbyggere eller færre. Det er videre valgt fire kommuner i kategorien 3000 til 8999, tre kommuner i kategorien 9000 til 34 999 og en kommune med over 100 000 innbyggere, altså 10 kommuner. Det er gjort to intervjuer i hver kommune, ett med leder eller medarbeider i planavdeling og ett med folkehelsekoordinator eller medarbeider som har som oppgave å planlegge gjennomføring av sosiale og/eller helsemessige tiltak. Oversikten over fylkeskommuner og kommuner vises i tabell 1.1.

Tabell 1.1 *Fylkeskommuner og kommuner i intervjumaterialet*

Fylkeskommune 1	Kommune 1	2880
KHP oppgis å være informert lite om	Kommune 2	6590
Fylkeskommune 2	Kommune 3	6720
KHP oppgis å være informert om	Kommune 4	14380
Fylkeskommune 3	Kommune 5	2650
KHP oppgis å være informert om	Kommune 6	22450
Fylkeskommune 4	Kommune 7	3530
KHP oppgis å være informert ganske mye om	Kommune 8	Over 100 000
Fylkeskommune 5	Kommune 9	4520
KHP oppgis å være arbeidet med overfor kommuner	Kommune 10	14200

Utover at størrelse og fylkeskommunes arbeid med kommunehelseprofiler er kommunene tilfeldig valgte. For utvalget av kommuner impliserte det at 16 av 20 respondenter ikke hadde hørt om kommunehelseprofiler, men ville gjerne være med i undersøkelsen fordi vi tilbød oss å gå gjennom nettstedet sammen med dem. Det resulterte i at vi har vært innom alle hovedpunktene på nettstedet med 15 respondenter, for den siste var siden med selve statistikkverktøyet nede og det ble da ikke gjennomgått.

1.5 Evalueringens problemstillinger

Problemstillingene evalueringen behandler er:

- I hvilken grad og i hvilke sammenhenger bruker kommunene, fylkesmenn og fylkeskommunene verktøyet kommunehelseprofiler i planarbeidet? Dette behandles i kapittel fire.
- Hvilke deler av Kommunehelseprofilene brukes mest? Dette behandles i kapitlene tre og fire.
- På hvilke områder er det forbedringspotensial når det gjelder utvalg av indikatorer, presentasjon av indikatorer og utvalget av fagstoff? Dette behandles i kapittel fem.
- Hvilke erfaringer finnes når det gjelder bruk av Kommunehelseprofiler i kunnskapsproduksjon, idé- og

utviklingsarbeid og strategisk argumentasjon? Dette diskuteres i kapittel fem.

- I hvilken grad ligger kommunehelseprofilene til grunn for valg av tematiske satsninger i folkehelsearbeidet i kommunene? Dette behandles i kapittel fire.

2 Om kommunene og respondentene

2.1 Innledning

Kommunehelseprofiler er et arbeidsverktøy som kan brukes generelt i kommunenes planleggingsarbeid. Det kan også brukes inn i utviklingsprosjektet ”Helse i Plan” som Helsedirektoratet og om lag 30 kommuner også er i gang med. Der er fokuset å inkludere folkehelse spørsmål i kommuneplanen. Kommunehelseprofilene kan også være et redskap i arbeidet med å etablere partnerskap på folkehelsefeltet mellom kommunene og fylkeskommunene. I partnerskapene vektlegges læring om og lokal implementering av forskjellige folkehelse tiltak. ”Helse i Plan” presenteres nærmere i en egen devaluering.

I dette kapittelet presenteres først kommunene der respondenter har svart på spørreskjema. Dernest presenteres og diskuteres respondentgruppene..

2.2 Kommuner

Spørreskjemaet ble sendt både til planleggere og folkehelsekoordinatorer i kommunene. Av skjema sendt til planleggere er det 273 som har svart enten helt eller delvis, av skjema sendt til folkehelsekoordinatorer er det 241 som har svart helt eller delvis. Vi har fått svar fra begge respondentkategoriene i 168 kommuner.

For å få et overblikk over noen kjennetegn ved de kommunene respondentene som har svart kommer fra, har vi spurt hvor mange

innbyggere det er i kommunen der de arbeider. Svarene vi har fått fordeler seg som i tabell 2.1:

Tabell 2.1 *Andelen planleggere og folkehelsekoordinatorer som har svart på hele eller deler av spørreskjema relativt til kommunestørrelse. (Prosent, hele tall i parentes)¹*

Kommunestørrelse/ antall innbyggere	Planleggere N=194	Folkehelseko- ordinatorer N=192	Antall kommuner i kategorien N=430
Under 3 000	33 (64)	28 (54)	38 (162)
3 000 – 4 999	19 (37)	19 (37)	17 (73)
5 000 – 8 999	19 (37)	19 (37)	18 (77)
9 000 – 34 000	26 (50)	28 (54)	23 (97)
35-000 – 100 000	2 (3)	4 (8)	4 (16)
Over 100 000	2 (3)	1 (2)	1 (5)
Total	101 (194)	99 (192)	101 (430)

Hovedbildet er at:

- Det kom relativt få svar fra de minste kommunene, særlig fra folkehelsekoordinatorer.
- Fordelingen av svar korresponderer ellers relativt bra med fordelingen av kommuner på de ulike størrelseskategoriene.
- Fordelingen på kommunestørrelse er nokså lik mellom respondentkategoriene.

Det er 71 % (194) av planleggerne og 80 % (192) av folkehelsekoordinatorene som har svart på skjemaet som også har svart på spørsmålet om kommunestørrelse. Dermed er det en stor andel av respondentene som har unnlatt å besvare spørsmålet om størrelse; nemlig 79 av planleggerrespondentene og 49 av koordinatorrespondentene.

2.3 Respondenter

Skjema er sendt til både planleggere og folkehelsekoordinatorer i kommunen. I presentasjonen opererer vi med hovedgruppene

¹ Tall over norske kommuner er tilrettelagt for bruk av Trine Myrvold

planlegger og folkehelsekoordinatorer, men respondentene tilhører ulike yrkesgrupper og mange ulike type stillinger. Det gis en oversikt over det i tabell 2.3.

Tabell 2.2 *Respondenter og yrkesgrupper i kommunene (Prosent, hele tall i parentes)*

Yrkesgruppe	Planleggere N=163	Folkehelsekoordinatorer N=184
Kommuneplanlegger/plankonsulent	45 (73)	1 (2)
Miljøverneleder/rådgiver/konsulent (natur og miljø)	3 (4)	1 (2)
Kommuneoverlege/kommunelege 1	7 (11)	41 (76)
Helsesøster	3 (4)	6 (11)
Sykepleier	1 (1)	1 (1)
Fysioterapeut	1 (2)	5 (9)
Miljøarbeider (aktivt arbeid med brukere/helse)	--	1 (1)
Annet	42 (68)	45 (82)
	102 %	101 %

Hovedbildet er at:

- Totalt sett er det kommuneleger og kommuneplanleggere som utgjør de største yrkeskategoriene: hhv. 76 og 73. Blant planleggerne er det 45 % i yrkeskategorien kommuneplanlegger/ plankonsulent.
- Generelt kan det kommenteres at respondentene til surveyen er plassert høyere i det kommunale byråkratiet, dvs. har en stilling på sjefs-/ledernivå, enn hva vi forventet da skjemaet ble utformet.
- Kategorien "annet" har høy svarprosent fra både planleggere og folkehelsekoordinatorer.

For begge respondentkategoriene består "annet" av sjefer for helse og sosial, og pleie og omsorg, virkesomhetsledere, avdelingsledere og ledere for ulike typer enheter innenfor både helse, sosial og planlegging. De som svarer er videre rådgivere i rådmannens stab og i avdelinger. Relativt er det flere rådgivere som svarer blant planleggerne enn blant folkehelsekoordinatorene. Blant planleggerne er det også rådmenn, kommunalsjefer og mange plansjefer som svarer på skjemaet. Blant folkehelsekoordinatorene er det flere konsulenter som svarer og det er noen som er knyttet

til spesifikke prosjekter. Det kan se ut til at tre respondenter sitter i stillinger der de arbeider 100 % som folkehelsekoordinatorer. I kategorien "annet" blant koordinatorene ser det ut til at det er flere av dem som har svart som er ansatt lengre ned i kommunebyråkratiet, enn hva tilfellet er blant planleggerne.

Det er spurt hvor mange av dem som svarer som selv innehar funksjonen folkehelsekoordinator. Det er ganske mange og ikke uventet flere blant respondentene som svarer som folkehelsekoordinatorer enn blant dem som svarer som planleggere. Det er ikke mulig å si nøyaktig hvor mange kommuner vi har mottatt svar fra, som faktisk har en folkehelsekoordinator. Det vi kan si med sikkerhet er at respondenter fra minimum 60 kommuner er sikre på at deres kommune ikke har en koordinator. Det kan være flere.

Tabell 2.3 *Antall respondenter som selv er folkehelsekoordinatorer*
(Prosent, hele tall i parentes)

Funksjon	Planleggere N=168	Folkehelsekoordinatorer N=187	Til sammen N=355
Ja, jeg har funksjonen	10 (17)	49 (90)	30 (107)
Ja, en annen har funksjonen	43 (72)	17 (32)	29 (104)
Nei	27 (45)	32 (60)	30 (105)
Vet ikke	20 (34)	3 (5)	11 (39)

Hovedbildet er at:

- Til sammen er det 30 % (107) av respondentene i undersøkelsen som selv innehar funksjonen folkehelsekoordinator.
- Det er et mindretall i begge respondentgruppene som selv er folkehelsekoordinatorer.
- Det er 20 % av planleggerne som ikke vet om deres kommune har en folkehelsekoordinator.
- Respondentene fra gruppen folkehelsekoordinatorer vet i større grad dette.

Når så mange planleggere ikke vet om det er en folkehelsekoordinator i kommunen kan det være en pekepinn på at det

eksisterer noen organisasjonsmessige eller kulturelle barrierer i kommunen som medfører at det flyter lite informasjon mellom avdelinger og enheter.² Det kan være mange grunner til at 17 % av de som har respondert som folkehelsekoordinatører faktisk ikke innehar funksjonen selv. For eksempel at surveyen er besvart på et nivå høyere enn det folkehelsekoordinatorene er plassert i, i kommunene. Jfr. presentasjonen av svarkategorien annet i tabell 2.2.

Blant planleggerne er det 17 respondenter som selv er folkehelsekoordinatører. Blant dem er to planleggere, mens en er miljøvernkonsulent, to er kommuneleger og to er fysioterapeuter. Det er dermed flest i denne respondentgruppen som ikke selv innehar funksjonen, men som vet at det er en folkehelsekoordinator i kommunen. Der er det også 49 % (90) av respondentene som selv er folkehelsekoordinatører. Blant dem er det 11 kommuneleger, 8 helsesøstere, 8 fysioterapeuter og to er miljøvernkonsulenter. De andre tilhører kategorien "annet" og har da enten en uspesifisert stilling som konsulent eller prosjektmedarbeider, eller de har en stilling på sjefs-/ledernivå.

Nedenfor er de samme svarene fordelt på kommunestørrelse.

Tabell 2.4 *Folkehelsekoordinatører fordelt på kommunestørrelse (Prosent, hele tall i parentes)*

Kommuner	Har kommunen en folkehelsekoordinator?							
	Planleggere N=168				Folkehelsekoordinatører N=187			
	Ja, jeg er	Ja, en annen er	Nei	Vet ikke	Ja, jeg er	Ja, en annen er	Nei	Vet ikke
Under 3000	2 (4)	28 (19)	12 (20)	6 (10)	12 (22)	4 (8)	11 (20)	1 (1)
3000 – 4999	2 (3)	8 (13)	4 (7)	6 (10)	7 (14)	3 (6)	5 (10)	1 (1)
5000 – 8999	1 (2)	11 (18)	5 (9)	4 (6)	9 (16)	5 (9)	5 (10)	1 (1)
9000 – 34 000	4 (7)	11 (18)	5 (9)	5 (8)	18 (33)	3 (6)	7 (13)	1 (2)
35 000 – 100 000	1 (1)	1 (2)	-	-	2 (4)	1 (2)	1 (2)	-
Over 100 000	-	1 (2)	-	-	1 (1)	1 (1)	-	-

² Dettets spørsmålet forfølges ut over i rapporten.

Hovedbildet er at:

- De minste kommunene kommer relativt godt ut med hensyn på om det er en person i kommunen som innehar funksjonen folkehelsekoordinator. I hele tall er det til sammen 53 respondenter fra de minste kommunene som oppgir at det er en person med denne funksjonen.
- I kategorien 3000 – 4999 er det relativt færre kommuner som har folkehelsekoordinator. Det oppgis av begge kategoriene respondenter.
- I kategorien 5000 – 8999 er det også forholdsvis få respondenter som oppgir at deres kommune har en folkehelsekoordinator.
- Kommunene i kategorien 9 000 – 34 000, kommer best ut med hensyn på om de har folkehelsekoordinator. I hele tall er det til sammen 64 respondenter som enten selv er folkehelsekoordinator eller vet at en annen innehar den funksjonen.
- I de to største kommunekategoriene er det få som har respondert på spørreskjema, og tilsvarende er det få som innehar denne funksjonen selv eller som vet at andre har den.

Fra intervjuene kan det observeres at noen av kommunene har hatt en aktiv folkehelsekoordinator, men at funksjonen over tid er redusert, eller at vedkommende er i permisjon og stillingen er vakant eller ”satt på vent”. I intervjuundersøkelsen har de minste kommunene ikke folkehelsekoordinator og de har heller ikke hatt det. I noen kommuner er funksjonen gitt andre betegnelser som peker mot det prosjektet funksjonen er knyttet opp mot. Det synes som om prosjekttilknytning medfører at koordinatorer får redusert funksjon når prosjekter avsluttes. Det kan dermed være uheldig for folkehelsearbeidet.

2.4 Oppsummering

I dette kapittelet er det presentert informasjon om kommuner og respondenter som har svart på spørreskjemaet. Det er vist at antallet kommuner vi har fått svar fra korresponderer rimelig bra

med antallet kommuner i størrelseskategorien. Det er videre vist at respondentene til undersøkelsen hadde andre funksjoner og plasseringer i det kommunale hierarkiet enn vi forventet og at det var langt flere, av begge respondentkategoriene, som var på sjefs- og ledernivå enn vi forventet. Når antallet respondenter som selv er folkehelsekoordinator fordeles på kommuner i ulike størrelseskategorier kommer de små kommunene relativt godt ut. Det gjør også kommuner i kategorien 9000 – 34 000. Kommuner i kategorien 5000 – 8999 kommer dårligere ut.

3 Besøk og besøksfrekvens på kommunehelseprofilene

3.1 Innledning

Dette kapittelet omhandler problemstillingene om i hvilken grad kommunene bruker verktøyet kommunehelseprofiler i planarbeidet og hvilke deler av nettstedet kommunehelseprofiler som brukes mest. Den første problemstillingen er operasjonalisert i delspørsmål om besøk på nettstedet kommunehelseprofiler, og spørsmål om hvordan respondentene fikk kunnskap og informasjon om nettstedet. Den er også operasjonalisert som et spørsmål om besøksfrekvens, altså hvor mange ganger har respondentene vært inne på nettstedet når de først hadde fått kunnskapen om det. Deretter presenteres informasjon om hvilke deler av nettstedet kommunehelseprofiler respondentene hadde besøkt. Innledningsvis i presentasjonen av datamaterialet gis det et overblikk over hvor mange som kjenner kommunehelseprofilene og hvor mange som har besøkt kommunehelseprofilenes hjemmeside.

3.2 Besøk på nettstedet Kommunehelseprofiler

I hvilken grad kjenner respondentene til kommunehelseprofilene? 273 planleggere har svart på hele eller deler av surveyen. Av dem er det 61 % (167) som har svart på spørsmålet om de kjenner folkehelseprofilene. Tilsvarende fikk vi inn skjemaer fra 241 folkehelsekoordinatører. Av dem er det 77 % (186) som har svart

på spørsmålet om de kjenner til folkehelseprofilene.³ I tabellen nedenfor presenteres tall over hvor mange av de som har svart på spørsmålet som svarer negativt, henholdsvis positivt på det, og som har besøkt sidene.

Tabell 3.1 *Andel som kjenner til kommunehelseprofilene og som har besøkt dem (Prosent, hele tall i parentes)⁴*

Funksjon	Planleggere (N=167)	Folkehelse-koordinatorene (N=186)
Kjenner ikke til	70 (116)	30 (56)
Kjenner til	31 (51)	70 (130)
Har besøkt	81 (42) N=51	88 (114) N=130

Hovedbildet er at:

- Relativt få planleggere kjenner til verktøyet kommunehelseprofiler (31 %). Av planleggerne som kjenner dem, altså 51, er det 81 % (42) som har besøkt kommunehelseprofilenes hjemmesider.
- Forholdsvis mange folkehelsekoordinatorene kjenner til verktøyet (70 %). Av folkehelsekoordinatorene som kjenner dem (130) er det 88 % (114) som har besøkt sidene.

Relativt sett er antallet som har besøkt hjemmesidene likt, i faktiske tall er det langt flere koordinatorene (130) som oppgir både at de kjenner til kommunehelseprofilenes hjemmesider, samt har besøkt dem. Det er kun 51 planleggere som har gjort det samme.

Når kjennskap til kommunehelseprofilene knyttes til kommune størrelse kommer det fram at respondenter fra de minste kommunene i mindre grad kjenner profilene enn respondenter fra de større kommunene.

Bildet av at få kjenner kommunehelseprofilene styrkes i intervjuene der halvparten av de 20 respondentene svarer et klart nei på det spørsmålet. Det er kun tre som oppgir at de kjenner dem godt, mens de resterende respondentene kjenner dem litt, det

³ De som svarte nei på dette spørsmålet fikk ikke gå videre i spørreskjemaet.

⁴ Denne tabellen har ny N i nederste linje fordi opplysningene stammer fra to spørsmål i surveyen.

vil si at de har hørt om dem, men har enda ikke besøkt nettstedet. Kjennskapen til nettstedet ser for øvrig ut til å øke med innsatsen fylkeskommunen oppgir at de har lagt ned i å informere kommunene om dem.

Det er forholdsvis stor variasjon i den innsatsen folkehelsekoordinatorer i fylkeskommunene oppgir at de legger ned i å informere kommunene om helseprofilene, samt i hvilken grad de selv oppgir at de bruker profilene i eget arbeid. Ett fylke oppgir at de arbeider ut egne profiler og ikke bruker dem som er tilrettelagt fra Helsedirektoratet. Flere andre oppgir at de hverken bruker profilene i eget arbeid eller har informert kommunene om dem. Atter andre oppgir at de har informert, men at de ikke selv bruker dem. Få oppgir at de er i kontakt med kommunene om helseprofilene selv om informasjon er gitt. Koordinatorer i to fylkeskommuner oppgir at dette er et verktøy de arbeider for å få kommunene innenfor sitt geografiske område til å ta i bruk.⁵

3.2.1 Å få kunnskap om nettstedet

Hvordan respondentene ble kjent med nettstedet varierer og tabellen nedenfor gir en oversikt.⁶

Tabell 3.2 *Kilde til kunnskap om kommunehelseprofilene (Prosent, hele tall i parentes)⁷*

Funksjon/Kilde til kunnskap om	Planlegger N=52	Folkehelsekoordinator N=130
Infomateriell	44 (23)	45 (58)
Foredrag	27 (14)	32 (42)
Info fra andre	38 (20)	33 (43)
Tilfeldig	10 (5)	8 (10)
Vet ikke	2 (1)	5 (6)

⁵ Informasjon innsamlet av Møreforskning i forbindelse med evaluering av Tilskottsordninga til lavterskel fysisk aktivitet.

⁶ Her ber vi bare dem som kjenner til nettstedet gå videre med spørreskjema og de andre bes lukke det.

⁷ Tabellen summerer ikke til 100 fordi det er svart på flere alternativer.

Hovedbildet er at:

- Få respondenter kom over informasjon om nettstedet tilfeldig på nettet.
- Flest ble kjent med nettstedet fordi de fikk informasjon fra Helsedirektoratet. Den relative fordelingen er lik på begge gruppene respondenter, i hele tall er det en stor overvekt av folkehelsekoordinatorer.
- Det er relativt flere folkehelsekoordinatorer som ble kjent med nettstedet etter foredrag fra representant fra Helsedirektoratet enn det er planleggere.
- Det er relativt flere planleggere som ble kjent med nettstedet etter informasjon fra andre.

Spørsmålet om besøk på nettstedet ble presentert innledningsvis i dette kapitlet. Det var 81 % (42) av planleggerne og 88 % (114) av koordinatorene som hadde besøkt det. Det er altså noen i begge respondentkategoriene som kjenner nettstedet, men som ikke har besøkt det. I intervju materialet er det en respondent som kom over nettstedet KommuneHelseprofiler tilfeldig ved søking på Statistisk Sentralbyrås hjemmesider. Tre respondenter hadde fått informasjon fra sin fylkeskommune. Ellers er vår informasjon i intervjuundersøkelsen respondentenes første kunnskap om nettstedet kommuneHelseprofilene. Vi gikk gjennom nettstedet sammen med 16 av respondentene intervjuundersøkelsen.

Når respondentene i surveyundersøkelsen blir spurt om hvorfor de ikke har vært inne på nettstedet KommuneHelseprofiler er dette spørsmålet bare relevant for få og det er dermed få svar. Det er kun 10 av planleggerrespondentene som svarer og 16 av respondentene fra gruppen folkehelsekoordinatorer. Det er kun én respondent som mener nettstedet ikke er relevant, noen flere har ikke hatt tid, mens åtte til sammen svarer at de ikke har hatt bruk for det. Det var ingen som oppgav at årsaken var at de ikke har kompetanse på statistikk, ingen oppgav at de ikke har tiltro til grunnlaget for statistikken og ingen oppgav at de ikke hadde funnet fram.⁸

⁸ Når svaret ”ikke besøkt hjemmesidene” knyttes til kommunestørrelse ser vi at det er respondenter fra de minste kommunene som ikke har besøkt dem. Det

Når respondentene til intervjuundersøkelsen kommenterer hvorfor de ikke har vært inne på sidene dreier det seg om tid. Det påpekes at kommunen har lite ressurser, og å bruke knappe tidsressurser til å lete gjennom internettsider etter informasjon oppfattes som unødvendig. En annen viktig grunn som oppgis til at de ikke har vært inne på nettstedet er at de har ikke hatt bruk for informasjon. Et typisk utsagn er: "Vi skal i gang med...". Det kan dreie seg om å rullere planer, større reguleringer, tiltak eller kommunedelplaner som skal settes i gang. I den forbindelse mener respondenter at de kan komme til å bruke nettstedet og at det vil gi relevant informasjon.

15 av de 16 respondentene vi går gjennom nettstedet sammen med oppfatter sidene som relevante og nyttige for eget arbeid. Det gjør også de resterende fire. Alle er opptatt av at nettstedet samler informasjon som ellers er spredt rundt om på Helsedirektoratets og andre institusjoners hjemmesider. To respondenter hadde mye erfaring med bruk av statistikk og kjente også nettstedet godt ved intervjutidspunktet. Begge oppfattet at det var annet materiale på Helsedirektoratets hjemmesider (Hjulet) som fungerte bedre. De mente at SSB generelt og Kostra gir vel så god informasjon som nettstedet Kommunehelseprofiler. Nettstedet Kommunehelseprofiler ble noe banalt for deres formål.

Alle respondentene i intervjuundersøkelsen oppfatter at egen kommune har kompetanse nok til å ta nettstedet i bruk, men noen påpeker at det kan være vanskelig å forstå deler av statistikken, den gir ikke umiddelbart det de oppfatter som nødvendig informasjon om tilstanden i egen kommune.

3.3 Besøksfrekvens

Hvordan besøksfrekvensen er for dem som da fortsetter å svare, og som altså har vært inne på sidene, vises i tabell 3.2 nedenfor.⁹

var også mønsteret når kjennskap til kommunehelseprofiler ble knyttet til kommune størrelse.

⁹ Her bes de respondentene som ikke har besøkt hjemmesidene om å lukke skjema.

Tabell 3.3 *Antall besøk på hjemmesidene kommunehelseprofiler (Prosent, hele tall i parentes)*¹⁰

Antall besøk	Planleggere N=41	Koordinatorer N=113
En gang	24 (10)	14 (16)
Inntil fem ganger	34 (14)	42 (47)
Fem til ti ganger	10 (4)	14 (16)
Flere enn ti ganger	29 (12)	27 (31)
Vet ikke	2 (1)	3 (3)

Hovedbildet er at:

- Drøyt halvparten av folkehelsekoordinatorerne som kjenner nettstedet har besøkt det en til fem ganger. Vel 40 % har besøkt det fem eller flere ganger.
- 58% av planleggerne som kjenner nettstedet har besøkt det en til fem ganger, mens om lag 40% har besøkt det fem eller flere ganger.
- De som svarer positivt på spørsmålet om de har besøkt kommunehelseprofilene blir begeistret for siden og går inn dit flere ganger.

Dette kan tyde på at nettstedet Kommunehelseprofiler tas forholdsvis aktivt i bruk når de først er kjent og benyttet første gang. Men terskelen for å bli kjent med sidene og benytte dem første gang ser altså ut til å være høy. Denne observasjonen styrkes i intervjuundersøkelsen der mange respondenter ikke hadde vært inne på nettstedet, mens de som først hadde besøkt det hadde gjort det mange ganger.

Under intervjuet guidet vi respondentene gjennom en kort introduksjon mens intervjuet pågikk. For 15 av de 16 respondentene dette gjelder er bildet forholdsvis entydig: De blir begeistret for det de får se. Et ikke uvanlig utsagn under intervjuet var: ”Men hvorfor vet ikke jeg noe om dette?”

Det er en tendens til at antallet ganger sidene er besøkt stiger med størrelsen på kommunen. Det kommer fram at det er respondenter

¹⁰ Det har vært mulig å krysse av for flere alternativer og det summerer derfor ikke til hundre.

fra kommuner i gruppen 9000 – 34 000 som i størst grad benytter seg av nettstedet; henholdsvis 33 % for planleggere og 23 % for koordinatorene. Det varierer altså litt mellom planleggere og folkehelsekoordinatorene. For kommuner under 3000 innbyggere er det henholdsvis 5 % av planleggerne og like i underkant av 10 % av folkehelsekoordinatorene som har besøkt nettstedet. Det er 23 % planleggere i denne kommunekategorien som har besøkt nettstedet mer enn ti ganger, mens det er 11 % av folkehelsekoordinatorene som har gjort det.

Også dette bildet styrkes i intervjuundersøkelsen. Kun en av respondentene fra kommuner med mindre enn 3000 innbyggere kjenner nettstedet og har dermed vært inne på det. For kommuner mellom 3000 og 9000 innbyggere er det halvparten av respondentene som kjenner nettstedet kommunehelseprofiler, men bare en som har vært aktiv i sin bruk av dem. For kommunene mellom 9000 og 34000 innbyggere er det to respondenter som ikke kjenner dem, men de resterende fire har ikke brukt dem aktivt. Årsaken oppgis å være manglende behov for den typen informasjon som kommunehelseprofilene gir. Samtidig skal disse kommunene i gang med tiltak, reguleringer eller planer og forventer å få behov for den typen informasjon nettstedet gir. De mener at nettstedet vil kunne være nyttige i den sammenhengen. I kommunen med over 100 000 innbyggere var nettstedet kjent av folkehelsekoordinatoren, men ikke av planleggerrespondenten. Vedkommende var forholdsvis ny i sin posisjon, men uttalte at dette var noe som kom til å stå på agendaen for hvilken informasjon medarbeidere skulle få i nær framtid. Andre som ikke kjente nettstedet la dem, i løpet av intervjuet, inn som en av sine favoritter.

3.4 Hvilke deler av kommunehelseprofilene har respondentene besøkt?

Statistikkverktøyet er basert i tall fra Kommune-Stat-rapporteringen (KOSTRA), forskjellig statistikk hos SSB, Rikstrygdeverket, NAV og Folkehelseinstituttet. Det er delt i to: Kommunebarometer og Kommunehelseprofiler.

Kommunebarometeret tilbyr en mulighet til å hente ut informasjon om noen indikatorer innenfor helsetilstand, helsetjenester,

demografiske og sosioøkonomiske data, samt risiko- og beskyttende faktorer. Indikatorene er forhåndsbestemte.¹¹ Det er mulig å sammenligne gjennomsnittlig score på indikatorene i egen kommune, med eget fylke og på landsbasis i samme operasjon og på samme figur. Hvis nærmere sammenligninger skal gjøres i Kommunebarometeret, for eksempel av to kommuner, må lesing av data skje i flere operasjoner. Data presenteres i en på forhånd bestemt figur som er sirkelformet (Den kalles ”kompassrose” eller ”spider web”). Det var 51 % (21) av planleggerrespondentene som svarte positivt på spørsmålet om de hadde besøkt kommunebarometeret. Blant folkehelsekoordinatorene var det 55 % (61) som hadde besøkt det.

I intervjuundersøkelsen har fire respondenter vært inne på nettstedet og sett Kommunebarometeret for egen kommune, fylkeskommune og landsgjennomsnitt. To hadde mye erfaring med bruk av statistikk for å integrere folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel. De oppfattet presentasjonen som ”morsom”, men med forholdsvis liten informasjonsverdi. De respondentene som ikke var kjent med kommunehelseprofilene på forhånd ble begeistret og mente at dette ga fornuftig informasjon om deres kommune.

Den andre delen av statistikkverktøyet kalles *Kommunehelseprofiler*. Det tilbyr en mulighet til å hente ut informasjon og fakta på et bredere sett indikatorer innenfor de samme stikkordene: Helsetilstand, helsetjenester, demografiske og sosioøkonomiske data og risiko- og beskyttende faktorer. Her kan planleggere få oversikt over faktorer som kan inngå i planlegging for folkehelseiltak, samt annen type planlegging. Profilene gir blant annet oversikt over antallet årsverk per 1000 innbygger i ulike profesjonsgrupper, antallet institusjonsplasser, brutto driftsutgifter til pleie- og omsorg per innbygger på 80 år og over i egen kommune, kostnader til helsestasjonstjenester, barn med barnevernstiltak, antallet enslige i kommunen, antallet barn som lever med enslig forsørger, og andre sosioøkonomiske indikatorer.

¹¹ Disse er inntekt, utdanningsnivå, andel sosialhjelpsmottagere, antallet lovbrudd, mengden avfall relativt til folketallet, fødselsvekt, dødelighet for menn og kvinner, hjerte-karlidelser for menn og kvinner, kreft for menn og kvinner, andelen hjemmeboende eldre med høy intensitet på hjemmetjenester og forekomsten av langtids sykkelmedte. Det er til sammen 17 indikatorer.

Oversikt over besøk på de enkelte delene av kommunehelseprofilene vises i tabell 3.4.

Tabell 3.4 *Besøk på ulike elementer av nettstedet kommunehelseprofiler (Prosent, hele tall i parentes)¹²*

Posisjon	Planleggere N=41		Folkehelsekoordinatorer N=112	
	Ja	Nei	Ja	Nei
Besøkt elementer av hjemmeside				
Statistikkverktøyet, kommunehelseprofil	68 (28)	32 (13)	62 (69)	38 (40)
Kommunebarometeret	51 (21)	49 (20)	55 (61)	46 (51)
Faktaark	39 (16)	61 (25)	39 (44)	61 (68)
Gode eksempler	24 (10)	76 (31)	17 (19)	83 (93)
Dokumenterte effekter av tiltak	12 (5)	88 (36)	13 (15)	87 (97)
Aktuelt	10 (4)	90 (37)	10 (11)	90 (101)
Tiltakspakker	5 (2)	95 (39)	4 (4)	96 (108)

Hovedbildet er at:

- Av planleggerne var det 68 % (28) av respondentene som hadde besøkt statistikkverktøyet kommunehelseprofiler, blant folkehelsekoordinatorene var det 62 % (69) som hadde besøkt dem.
- Kommunebarometeret er besøkt av om lag halvparten av begge respondentkategoriene.
- Tiltakspakkene er elementet som er minst besøkt av begge gruppene respondenter.
- Også aktuelt, dokumenterte effekter av tiltak, gode eksempler og faktaarkene er lite besøkt. Disse elementene av hjemmesiden er lite besøkt også i faktiske tall.

I intervjuundersøkelsen har vi gått gjennom alle elementene med 15 respondenter, de siste fire kjente dem. *Tiltakspakker* er et stikkord som i seg selv gir lite informasjon. Mange respondenter ga uttrykk for noe skuffelse over at dette var offentlig informasjon av

¹² På dette spørsmålet var det mulig å svare på flere alternativer og det summerer derfor ikke til hundre.

typene veiledere og lover som det også er mulig å hente fra andre kilder. Trolig tenkte de seg at dette ville være mer konkrete forslag til tiltak. *Gode eksempler* og *dokumenterte effekter* er stikkord som i seg selv gir andre forventninger og informasjonen som er å finne bak disse stikkordene medførte langt større begeistring hos respondentene enn tiltakspakkene gjorde. De mente at denne typen informasjon ville være relevant for dem i kommende arbeid med delplaner, regulering og tiltak. Et par poengterte at de her fant informasjon de hadde lett etter på andre nettsteder. Eksempler på det er veilederen til Helse i plan og heftet om universell utforming. *Faktaarkene* var det som vakte størst begeistring, også fordi de gir informasjon som gjør det enklere å lese og arbeide med selve statistikkverktøyet.

En overveiende del av undersøkelsens respondenter er ikke selv folkehelsekoordinatører. Det er dermed flere ikke-koordinatører enn koordinatører, som har vært inne på nettstedets ulike elementer. I intervjuundersøkelsen er det noen flere som svarer som folkehelsekoordinatører (ledere eller medarbeidere i helse-, eller helse- og sosialavdelinger) som har hørt om nettstedet enn planleggere. De har likevel ikke vært inne på nettstedet for å orientere seg nærmere om det.

3.5 Oppsummering

Hovedobservasjonen fra både survey- og intervjuundersøkelsen er at en del av kommunenes folkehelsekoordinatører, men langt færre av planleggerne, kjenner til folkehelseprofilene, henholdsvis 70 % og 31 %. Av dem som kjenner profilene har 88 % (114) av folkehelsekoordinatorene og 81 % (42) av planleggerne vært inne på nettstedet for å gjøre seg mer kjent med det. De som kjenner det har først og fremst fått informasjon gjennom informasjonsmateriell, foredrag eller fått informasjon fra andre. Å besøke nettstedet første gang synes å være en barriere, deretter ser det ut til at respondentene besøker det flere ganger. Respondenter fra større kommuner ser ut til å bruke verktøyet i større grad enn respondenter fra kommuner med 3000 innbyggere eller færre. Dette bildet styrkes i intervjuundersøkelsen der ingen respondenter fra kommuner i denne størrelseskategorien kjente nettstedet.

Det er Kommunehelseprofilene som er mest besøkt, dernest Kommunebarometeret. Tiltakspakkene er minst besøkt. Aktuelt, dokumenterte effekter av tiltak, gode eksempler og faktaark er også lite besøkt. Bildet styrkes i intervjumaterialet.

4 Tema det ble hentet informasjon om og formålet med å hente informasjonen

4.1 Innledning

I dette kapittelet belyser vi problemstillingene om hvilke erfaringer det finnes når det gjelder bruk av nettstedet kommunehelseprofiler i kunnskapsproduksjon, idé- og utviklingsarbeid og strategisk argumentasjon. Problemstillingen er operasjonalisert som et spørsmål om hvilke tema det ble søkt etter informasjon om og til hvilket formål nettstedet er brukt. Dessuten belyser vi problemstillingen om i hvilken grad nettstedet kommunehelseprofiler ligger til grunn for valg av tematiske satsninger i folkehelsearbeidet i kommunene.

4.2 Tema respondentene søkte etter informasjon om

Nettstedet kommunehelseprofiler gir ulike typer informasjon som kan brukes inn i ulike sammenhenger i kommunene. Det er mulig å søke etter indikatorer under fire stikkord som er helsetilstand, helsetjenester, demografiske- og sosioøkonomiske variable og risiko- og beskyttende faktorer. Indikatorene under stikkordene gir i all hovedsak informasjon på individnivå. Det er noen indikatorer som sier noe om utgifter til kultur og idrett, andre sier noe om antall kilometer sykkel- og turstier, og atter andre sier noe om dekar brukt til leke- og friarealer. Indikatorer om helsetjenester sier noe om antall profesjonsutøvere per 10 000 innbyggere. Videre er

det indikatorer som behandler dødelighet og sykdom, samt at de sosioøkonomiske og demografiske indikatorene sier noe om blant annet antallet med sosialhjelp, antallet barn i eneforsørgerfamilier, antall som ikke fullfører videregående skole fordelt på kjønn.

Vi har spurt våre respondenter hvilke tema de ønsker å finne informasjon om når de var inne på nettstedet. Hvordan det fordeler seg vises i tabell 4.1.

Tabell 4.1 *Tema respondentene har søkt etter informasjon om (Prosent, hele tall i parentes)*¹³

Søkt etter/ Tema	Planleggere søkt etter info. om N=41	Folkehelsekoordinatorer søkt etter info. om N=111
Sosial ulikhet i helse	59 (24)	61 (68)
Fysisk aktivitet	49 (20)	61 (68)
Ernæring	27 (11)	48 (53)
Miljørettet helsevern	39 (16)	43 (48)
Skade- og ulykkesforebygging	27 (11)	37 (41)
Smittevern	15 (6)	32 (35)
Mental helse	17 (7)	30 (33)
Rusforebygging	22 (9)	30 (33)
Universell utforming	44 (18)	26 (24)
Grøntområder/ friluftsområder	31 (14)	23 (25)
Trygghets-/kriminalitets- forebygging	10 (4)	22 (24)
Tobakk	17 (7)	21 (23)
Tannhelse	5 (2)	10 (11)
Annet	12 (5)	10 (11)

Hovedbildet er at:

- I begge kategoriene respondenter var det flest som søkte etter tema som kunne belyse problemstillinger om sosial ulikhet i helse.
- Tema som kunne belyse fysisk helse kommer på andre plass for begge kategoriene respondenter.

¹³ Temaene er ikke gjensidig utelukkende kategorier, det var dermed mulig å krysse av på flere alternativer. Tabellen summerer derfor ikke til hundre. Rangeringen av tema følger folkehelsekoordinatorene.

- De tre neste tema for folkehelsekoordinatorene er ernæring (48 %), miljørettet helsevern (43 %) og skade- og ulykkesforebygging (37 %).
- De tre neste temaene for respondenter fra planleggergruppen er universell utforming (44 %), miljørettet helsevern (39 %) og grøntområder/ friluftsområder (31 %).

Oversikten viser at planleggere søker informasjon om tema som tilhører fysisk planlegging, som hører til deres vanlige ansvarsområde. At universell utforming, miljørettet helsevern og grøntområder/friområder i denne sammenheng kobles mot folkehelse, kan gi temaene en ytterligere tyngde.

Begge gruppene er forholdsvis interessert i opplysninger om mental helse og rusforebygging, mens tobakk kommer dårlig ut i koordinatorgruppen, men noe bedre for planleggergruppen. Også trygghets- og kriminalitetsforebygging kommer langt nede på listen over tema respondentene er interessert i informasjon om.

Tannhelse er på siste plass for begge gruppene respondenter. I tilknytning til annet-kategorien er det noen som kommenterer at de har orientert seg på hjemmesiden for å se hva den inneholdt.

Sosial ulikhet i helse og fysisk aktivitet er to temaer det for tiden er mye oppmerksomhet rundt. Det er for eksempel i gang en egen handlingsplan for fysisk aktivitet, mens sosial ulikhet i helse er tema for St. melding. nr. 20 (2006-2007). Fra den pågående evalueringen av Helse i Plan vet vi at 49 % av kommunene har fysisk aktivitet som tema i kommuneplanens samfunnsdel, det er det mest utbredte tema, mens bare 18 % har sosial ulikhet i helse i sine planer. Den store interessen for disse temaene hos våre respondenter kan derfor knyttes til den generelle oppmerksomheten de er utsatt for.

Intervjuene styrker delvis denne trenden i datamaterialet. Her er det imidlertid viktig å påpeke at indikatorene er mange og at vi i vår gjennomgang med respondenter kun hadde tid til å gå inn på ett stikkord med hver respondent. Det ble lagt opp til at respondentene selv valgte hvilket stikkord de ville gå nærmere inn på. Planleggere oppgir at de er interessert i universell utforming og en del andre spørsmål knyttet til fysisk planlegging og

arealplanlegging. De er lite interessert i sosial ulikhet i helse som oppgis å være lite relevant for dem i deres arbeid. Når dette bringes på bane henvises vi til folkehelsekoordinatoren. Planleggere er likevel begeistret over at nettstedet bringer sammen ulike typer offentlig informasjon på ett sted. Folkehelsekoordinatorer oppgir dels at sosial ulikhet i helse er interessant, men er vel så interessert i indikatorer for helsetjenester. Det var noe skuffelse å spore da det ble klart at disse indikatorene henviste til data fra Kostra, som de jo i stor grad selv har rapportert inn og derfor kjente til.

4.3 Bruk av informasjonen

Hva bruker så respondentene informasjonen til hvis de henter den ut? Vi har bedt respondentene krysse av blant 12 muligheter, samt for at de ikke har brukt informasjonen til noe eller at de har brukt den til noe annet enn våre forslag. Svarene fordeler seg som vist i tabell 4.2.

Tabell 4.2 *Til hvilket formål er nettstedets ulike tema brukt (Prosent, hele tall i parentes)¹⁴*

Formål/ funksjon	Planleggere N=41	Folkehelsekoordinatorer N=111
Faglig kompetanseheving	39 (16)	46 (51)
Kartlegging til bruk i daglig arbeid	32 (13)	41 (45)
Folkehelsetiltak/ kampanjer	24 (10)	32 (36)
Kommunedelplan/ temaplan	32 (13)	22 (24)
Kommuneplanens samfunnsdel/ måldel	37 (15)	17 (19)
Planprogram/ strategi	32 (13)	16 (18)
Strategisk politisk enkeltvedtak	5 (2)	9 (10)
Økonomiplan	7 (3)	7 (8)
Konsekvensutredninger	12 (5)	7 (8)
Kommuneplanens arealdel	15 (6)	5 (6)
Reguleringsplan	5 (2)	2 (2)
Utbyggingsavtale	—	—
Annet	7 (3)	11 (12)
Har ikke brukt	22 (9)	19 (21)

Hovedbildet er at:

- I begge gruppene har flest respondenter besøkt nettstedet for å drive faglig kompetanseheving.
- Dernest ser vi at de fire neste formålene folkehelsekoordinatorene har brukt nettstedet til er til kartlegging i det daglige arbeidet (41 %), til konkrete folkehelsetiltak eller kampanjer (32 %), kommuneplan eller temaplan (22 %) og i kommuneplanens samfunnsdel (17 %).
- De fire neste formålene planleggerrespondentene har brukt nettstedet til er kommuneplanens samfunnsdel eller måldel

¹⁴ Heller ikke i dette spørsmålet er det brukt gjensidig utelukkende kategorier og det er mulig å krysse av for flere alternativer. Framstillingen i tabellen følger også her folkehelsekoordinatorene.

(37 %), kartlegging til bruk i daglig arbeid, planprogram eller strategi, samt kommunedelplan eller temaplan, alle med 32 %.

Spørsmålet, slik det er stilt, gir ikke grunnlag for å utdype hva formålet var med den faglige kompetansehevingen. Det kan tenkes at nettstedet er brukt kun for egen del, men også at de er besøkt for å finne informasjon som gis videre i sammenheng med internopplæring eller annet i kommunene.

I reelle tall er det færre planleggere som har brukt hjemmesidene, men relativt er det flere av dem som har brukt informasjon derfra inn mot kommunens planleggingsarbeid. Det har også respondentene fra gruppen folkehelsekoordinatorer gjort, men relativt sett i mindre målestokk.

Informasjon fra sidene er ikke brukt i forbindelse med konkrete utbyggingstiltak og den er i liten grad brukt i forbindelse med konsekvensutredninger. En forholdsvis stor andel i begge respondentgruppene har vært inne på siden uten å bruke informasjonen til noe konkret. Dette tyder på at mange orienterer seg i dem og ikke har bestemt seg for om informasjonen skal brukes inn mot konkrete oppgaver eller brukes for en generell oppdatering om tilstanden både i egen og andre kommuner, samt på fylkeskommunalt nivå.

Intervjumaterialet kunne i liten grad vise til at informasjon fra nettstedet var brukt til noe spesielt i og med at så mange som 16 respondenter ikke kjente til nettstedet før vi ringte dem. Imidlertid viste vår gjennomgang sammen med respondentene at det var deler av nettstedet som kom til å bli brukt. Blant annet vakte mulighetene til å sammenligne mellom kommuner i regionen stor begeistring og det ble påpekt at informasjonen som sammenligningsmuligheten gav kom til å bli brukt inn mot politiske enkeltvedtak.

4.4 Oppsummering

Flest av respondentene som hadde besøkt nettstedet søkte etter informasjon om sosial ulikhet i helse og fysisk aktivitet. Dette gjelder for begge respondentkategoriene. Informasjonen det ble

søkt etter ble i hovedsak brukt til faglig kompetanseheving og kartlegging i det daglige arbeidet. Den er i noe mindre grad brukt inn mot folkehelseiltak og kommunedelplaner. Til strategiske enkeltvedtak og konsekvensutredninger er den lite brukt og ingen oppgir at den er brukt i forbindelse med utbygginger.

5 Respondentenes vurdering av nettstedet

5.1 Innledning

I dette kapittelet skal problemstillingen om i hvilken grad det er forbedringspotensial med hensyn på utvalg av indikatorer, presentasjon av indikatorer og fagstoff diskuteres. Problemstillingen er operasjonalisert som spørsmål om hvilke typer fagstoff respondentene savner og angående hvilke tema de savner det. Vi ber også respondentene vurdere statistikkverktøyet, hva de mener om mulighetene for sammenligning som ligger i verktøyet og hvilken relevans de mener nettstedet kommunehelseprofiler har for folkehelsearbeidet i deres kommune. Innledningsvis presenterer vi respondentenes syn på om det er behov for fagstoff om kommunal planlegging i sin helhet.

Det er få av respondentene i surveyundersøkelsen som har vært inne på nettstedet kommunehelseprofiler: 51 planleggere og 130 folkehelsekoordinatorene. Det er dermed heller ikke så mange som kan gjøre seg opp en mening om hvordan de fungerer og våre analyser av vurderingsspørsmålene bærer i stor grad preg av det. Fordi vi gikk gjennom nettstedet med informantene i intervjuundersøkelsen har de besøkt det, men mange mente de ikke hadde nok informasjon til egentlig å vurdere det.

Når vi i presentasjonen av survey-besvarelsene her anvender prosentvis andel selv når utvalget er svært lite, som for planleggere som oppgir å savne stoff ($N=41$), så er det fordi folkehelsekoordinatorkgruppen som har svart er større ($N=107$) og vi kan forsvare å prosentuerer andelen i denne.

5.2 Behov for fagstoff om kommunal planlegging

Vi har spurt respondentene våre om de mener det er behov for fagstoff om selve den kommunale planleggingsprosessen. Det vil i stor grad si fagstoff om hvordan de skal omsette faktakunnskap til den planleggingskultur- og kompetanse kommunen har, samt også hvordan faktakunnskap kan omsettes til praktiske tiltak som fungerer i egen kommune. Respondentenes syn på dette vises i tabell 5.1 under.

Tabell 5.1 *Behov for fagstoff om kommunal planlegging (Prosent, hele tall i parentes)¹⁵*

Funksjon/Savner	Planleggere N=41	Folkehelsekoordinatorer N=107
Stoff om kommunale planer	63 (26)	39 (42)
Stoff om planprosesser	56 (23)	57 (61)
Nei, savner ikke noe slikt	10 (4)	9 (10)
Vet ikke	10 (4)	21 (22)

Hovedbildet er at:

- 63 % av planlegger-respondentene savner stoff om kommunale planer, mens relativt færre koordinatorene gjør det.
- Det er drøyt halvparten av både planlegger- og koordinatorendes respondenter som savner stoff om planprosesser.

Selv om det i hele tall ikke er så mange det dreier seg om kan disse svarene tyde på at det er ønskelig med mer kunnskap om planlegging og planleggingsprosesser. Intervjuene som er gjort styrker en slik observasjon. Intervjuene viser til at representanter i kommunene synes det er en utfordring å koordinere og samordne planarbeidet. Planlegging på de sosiale- og folkehelse relaterte områdene er forholdsvis nytt i kommunene, og det kan tenkes at

¹⁵ Svarkategoriene er ikke gjensidig utelukkende og tabellen summerer derfor ikke til hundre.

de som arbeider med denne typen planlegging opplever at de kommer i et konkurranseforhold til den mer ”tradisjonelle” planleggerkompetansen, samt temaene.

I intervjuene spurte vi også hva respondentene mente at fylkesleddet kunne gjøre for å styrke kommunene i deres planleggingsarbeid. Svarene deler seg i to hovedgrupper. I den første grupperes de som mener fylkesleddet gjør en stor innsats, i den andre grupperes de som mener at fylkesleddet kan informere, arrangere kurs og møter der nettverk kan etableres og erfaring deles.

Tabell 5.2 viser oversikt over hvilke folkehelserelaterte tema respondentene savner fagstoff om.

Tabell 5.2 *Hvilke tema opplever respondentene at de savner fagstoff om? (Prosent, hele tall i parentes)¹⁶*

Funksjon/ Tema	Planleggere savner fagstoff om N=41	Folkehelsekoordinatorer savner fagstoff om N=107
Sosial ulikhet i helse	39 (16)	34 (36)
Miljørettet helsevern	17 (7)	26 (28)
Fysisk aktivitet	15 (6)	25 (27)
Ernæring	5 (2)	21 (22)
Universell utforming	27 (11)	20 (21)
Skade- og ulykkesforebygging	27 (11)	17 (18)
Mental helse	10 (4)	17 (18)
Smittevern	7 (3)	15 (16)
Rusforebygging	20 (8)	14 (15)
Grøntområder/ friluftsområder	12 (5)	10 (11)
Annet	5 (2)	8 (9)
Trygghet/ kriminalitetsforebygging	12 (5)	6 (6)
Tannhelse	5 (2)	5 (5)
Tobakk	2 (1)	4 (4)

¹⁶ Svaralternativene er ikke gjensidig utelukkende kategorier og tabellen summerer derfor ikke til hundre. Også i denne oversikten har systematiseringen av funn fulgt folkehelsekoordinatorene fordi de er flest.

Hovedbildet er at:

- Så godt som alle respondentene som har gjort seg litt kjent med folkehelseprofilene, har også gjort seg opp en mening om dem og om de savner fagstoff eller ikke.
- Det er flest som savner fagstoff om sosial ulikhet i helse blant begge gruppene respondenter. Som vist til under styrker observasjonene i intervjumaterialet dette bildet.
- De fire neste temaene folkehelsekoordinatører savner fagstoff om er miljørettet helsevern (26 %), fysisk aktivitet (25 %), ernæring (21 %) og universell utforming (20 %).
- De fire neste temaene planleggere savner indikatorer om er universell utforming og skade- og ulykkesforebygging (begge 27 %), rusforebygging (20 %) og miljørettet helsevern (17 %).

Nærmere analyser av data viser at det er dem som har lett etter informasjon om tema som også savner både indikatorer og fagstoff om det. Ingen av planleggerrespondentene som har vært inne på kommunehelseprofilenes hjemmeside for å finne informasjon om skade- og ulykkesforebygging (27 %), mener de fant tilfredsstillende informasjon om temaet.

Mer enn halvparten av respondentene som har vært inn på siden for å lete etter informasjon om miljørettet helsevern, mener at de ikke finner tilfredsstillende informasjon om temaet. Det vil si at de savner først og fremst mer fagstoff om temaet, men også indikatorer på det. Også sosial ulikhet i helse er det om lag halvparten av respondentene fra koordinatorgruppen som savner mer fagstoff om.

I intervjuene er det ingen av respondentene som uttrykker at det er ønskelig med annet fagstoff enn det som er tilgjengelig. De fleste var inne der første gang i forbindelse med intervjuet, dvs. at formålet ikke var å lete etter noe spesielt ut fra egne lokale behov.

Spørsmålet om indikatorer viser at det er langt færre respondenter som har gjort seg opp en mening om de savner indikatorer innenfor visse folkehelse tema. De fem mest angitte temaene som folkehelsekoordinatører ønsket seg flere indikatorer om er miljørettet helsevern, sosial ulikhet i helse, mental helse, fysisk

aktivitet og ernæring (rangert rekkefølge). For planleggere som har gjort seg opp en mening om dette, er det flere indikatorer om sosial ulikhet i helse, fysisk aktivitet, miljørettet helsevern, rusforebygging, tobakk, ernæring, trygghets- og kriminalitetsforebygging og universell utforming som ønskes (rangert rekkefølge).

Fra tabell 5.1 så vi at respondentene til survey-undersøkelsen savner stoff om planleggingsprosesser på kommunalt nivå. I intervjuene sier respondenter at faktakunnskap etter hvert kan hentes inn fra mange kilder, men kunnskap om prosesser, hvordan de settes i gang, hvordan de drives og hvordan det er mulig å omgjøre kunnskap om viktige tema til konkrete tiltak kan det være vanskeligere å få kunnskap og informasjon om. Kunnskap om demografiske prosesser ser ut til å være forholdsvis godt kjent og også håndterbar. Kunnskap angående sosioøkonomiske indikatorer, som det er forholdsvis mange av i statistikkverktøyet og som relaterer til sosial ulikhet i helse, kan det se ut til at kommunale respondenter har vanskeligere for å tenke seg hvordan kan omsettes til praktiske tiltak. Det er blant annet oppgitt at det savnes stoff om lokale empowerment-prosesser og om hvordan sosial ulikhet som tema kan bygges inn i planprosesser. Det ytres ønsker om talloppgaver som viser til positive trekk ved kommunen. Tall over medlemskap i frivillige organisasjoner og antall som bruker kulturtilbud nevnes som eksempler.

5.3 Vurdering av statistikkverktøyet

Vi har spurt respondentene til surveyundersøkelsen hva de mener om selve statistikkverktøyet kommunehelseprofiler. Fordelingen på de to gruppene respondenter vises i tabell 5.1.

Tabell 5.3 *Vurdering av statistikkverktøyet (Prosent, hele tall i parentes)*

Vurdering	Planleggere N=35	Folkehelsekoordinatorer N=101
Svært godt	3 (1)	7 (7)
Godt	54 (19)	62 (63)
Både og	43 (15)	28 (28)
Dårlig	--	2 (2)
Svært dårlig	--	1 (1)

Hovedbildet er at:

- De fleste som har vært inne på hjemmesidene vurderer kommunehelseprofilene som et godt statistikkverktøy.
- De fleste respondentene legger seg på midtkategoriene godt og både-og i sine vurderinger av hvordan statistikkverktøyet fungerer. Det er ikke uventet ut fra hvordan de har svart på spørsmålene så langt.

På det neste spørsmålet om hva de var misfornøyde med er det ingen svar fra planleggere mens det er fem folkehelsekoordinatorer som har svart. En av dem påpeker at statistikken blir dårlig for små kommuner. Dette synet styrkes i intervjuundersøkelsen der respondenter opplever at informasjonen de får ut fra statistikkverktøyet ikke virker fornuftig. Mange respondenter i intervjuene har ikke grunnlag for å uttale seg vurderende om nettstedet kommunehelseprofiler fordi de ikke tidligere har vært inne på det.

Likevel er det mange respondenter som ble begeistret for nettstedet og mente at de kom til å besøke det på senere tidspunkt når forestående planer, reguleringer eller tiltak etc. skulle settes i gang. Den umiddelbare reaksjonen var dermed at dette er et godt verktøy. To respondenter som hadde erfaring med å integrere folkehelsespørsmål med vekt på sosial ulikhet i helse i kommunens alminnelige planlegging opplevde at verktøyet ble banalt for deres formål.

Statistikkverktøyet er delvis utarbeidet for at kommunene også skal ha muligheter til å sammenligne seg med andre kommuner. Hvordan respondentene ser på denne muligheten rapporteres i tabell 5.3.

Tabell 5.4 *Sammenligninger på tvers av kommuner (Prosent, hele tall i parentes)*

Vurdering	Planleggere N=39	Folkehelsekoordinatorer N=107
Svært gode	5 (2)	8 (8)
Gode	49 (18)	44 (47)
Både og	35 (13)	36 (38)
Mindre gode	11 (4)	3 (3)
Svært få	--	--
Vet ikke	11 (4)	10 (11)

Hovedbildet er at:

- Svarene samler seg i midtkategoriene ”gode” og ”både-og”.
- Det er ingen som svarer at mulighetene er svært få, men det er noen som har vært inne på nettstedet som ikke vet hvordan mulighetene for sammenligning er.

Fra forrige vurderingssvar vet vi at små kommuner kan synes det er vanskelig å sammenligne seg med andre kommuner fordi statistikken blir dårlig. Når vi ser vurdering av sammenligningsmuligheter i forhold til kommunestørrelse slår dette ikke ut for planleggere, det er altså ingen av dem som har svart på begge disse spørsmålene. Blant folkehelsekoordinatorene er det 106 respondenter som har svart på begge spørsmålene og respondentene fra de miste kommunene plasserer seg hovedsakelig i midtkategoriene; gode muligheter og både og. Det er to som svarer at mulighetene for sammenligning er mindre gode og tre vet ikke.

Sammenligningsmulighetene er svært velkomne hos respondentene til intervjuundersøkelsen. Både muligheten for sammenligning med landsgjennomsnitt og fylkesgjennomsnitt ses på som interessant. At det er muligheter for å sammenligne med kommuner i samme kostragruppe oppfattes som svært positivt. I vår gjennomgang av statistikkverktøyet med respondentene uttrykte de begeistring for mulighetene for egendefinerte sammenligninger med en eller flere kommuner i regionen..

Til sist tar vi med en oversikt over respondentenes totale vurdering av nettstedets anvendelighet, både statistikkverktøy og fagstoff, for folkehelsearbeidet. Fordelingen vises i tabell 5.4.

Tabell 5.5 *Relevans av kommunehelseprofilene for folkehelsearbeidet*
(Prosent, hele tall i parentes)

Funksjon/Oppfatning av relevans	Planleggere N=37	Folkehelsekoordinatorer N=97
Svært relevant	19 (7)	28 (27)
Ganske relevant	70 (26)	61 (59)
Litt relevant	11 (4)	9 (9)
Ikke relevant	--	2 (2)

Som tabellen viser er det en stor andel i begge respondent-gruppene som mener at kommunehelseprofilene gir relevant kunnskap for folkehelsearbeidet.

I intervjuundersøkelsen kom det fram at noen respondenter opplevde det som vanskelig å få overblikk over nettstedets layout med lysegrønn og mørkegrønn skrift. Viktig informasjon, som ”her kommer du til statistikkverktøyet”, på sidene til både Kommunebarometeret og Kommunehelseprofilene, ble opplevd som vanskelig å se.

Selv om noen respondenter har opplevd sider ved nettstedet som til dels vanskelig tilgjengelig, gir ikke dette materialet grunnlag for å konkludere med at manglende besøk på nettstedet kommunehelseprofiler skyldes trekk ved nettstedet selv.

5.4 Oppsummering

Respondenter til survey-undersøkelsen savner stoff om kommunale planer og planprosesser. De vi intervjuet presiserer at dette dreier seg om at det er utfordringer med hensyn på koordinering og samordning av planarbeidet. Både planleggere og folkehelsekoordinatorer savner så vel fagstoff som indikatorer om sosial ulikhet i helse. Også når det gjelder miljørettet helsevern savnes fagstoff og indikatorer på ulike tema, særlig av folkehelsekoordinatorer. Skade- og ulykkesforebygging og fysisk aktivitet, samt universell utforming, er tema planleggere savner fagstoff og indikatorer om. Respondentene mener at statistikkverktøyet er bra, de vurderer også sammenligningsmulighetene som gode og de ser nettstedet som anvendelig. Det kan se ut til at stoff om prosesskunnskap; hvordan fakta omgjøres til tiltak i kommunen, savnes i stor grad.

6 Noen tema til diskusjon

6.1 Innledning

Tre tema skal drøftes noe videre. Det første er faktakunnskapene på nettstedet kommunehelseprofiler og relasjonen til andre nettsteder der det tilbys informasjon som er lik eller grenser nært opp til informasjonen nettstedet kommunehelseprofiler tilbyr. Det andre er forholdet mellom behovet kommunene har for kunnskap, og kommunestørrelse og kompetanse. Det tredje er hvordan den kommunale konteksten, det vil si kommunal organisering og spesialisering av kompetanse, legger betingelser for samordning i brede planprosesser som det her er snakk om.

6.2 Kommunehelseprofiler og andre nettsteder

En stor del av respondentene i intervjustudien som er gjennomført som del av evalueringen, kjente ikke nettstedet kommunehelseprofiler før vi ringte dem opp og fortalte dem om det. På spørsmål om hvilken informasjon de mente det var viktig å ha i arbeidet med planprosesser kom det fram at mange hadde opparbeidet kompetanse til å finne informasjon hos SSB, på andre nettsteder Helsedirektoratet tilbyr (Hjulet), på Kommune-stat-rapporteringen (Kostra) og nettsteder de kunne finne fram til via KS - Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon. I en hverdag preget av tidspress ble det ansett som vanskelig å sette av tid til å sette seg inn i hva et nytt nettsted hadde å tilby.

Utfordringen for Helsedirektoratet og andre aktører er dermed å gi informasjon om nettstedet som medfører at kommunale aktører oppfatter dette som umiddelbart aktuelt for dem. Det vil si at informasjonen bør være målrettet mot problemer og utfordringer

ulike typer kommuner opplever. Lokale utfordringer kan være knyttet opp mot planlegging og prosesser rundt dette, men de er også knyttet opp mot enkeltaktiviteter som strategiske enkeltvedtak, konkrete reguleringer, utbyggingsspørsmål og konsekvensutredninger.

I informasjonsarbeidet bør det også være en utfordring å nå medarbeidere i planavdelinger, ikke bare konsentrere seg om folkehelsekoordinatorer. Informasjonen kan gjerne fokusere mulighetene verktøyet gir for sammenligninger, spesielt de egendefinerte sammenligningene.

”Sosial ulikhet i helse” er et begrep eller stikkord brukt i debatt og forskjellig kunnskapsbasert materiell som er tilgjengelig for kommunene. Dette blir dermed et tema kommunale aktører naturlig nok ønsker mer informasjon om. Foreliggende undersøkelse viser at stikkordet ”sosial ulikhet i helse” ikke nødvendigvis knytter an til lokale utfordringer, for eksempel med å mobilisere ulike grupper til endret helseaktivitet. Det knytter heller ikke nødvendigvis an til stikkordet ”demografiske og sosioøkonomiske variable” som brukes i verktøyet. For mange kommunale aktører er det altså ikke en opplagt link mellom stikkordet ”demografiske og sosioøkonomiske variable” og ”sosial ulikhet i helse”. Det er en utfordring for Helsedirektoratet å gi informasjon som knytter disse stikkordene sammen.

6.3 Kommunenes behov for kunnskap

I intervjuene som er gjort kommer det fram at kommunenes behov for kunnskap til dels er avhengig av størrelsen på kommunen. Det kan se ut til at små kommuner, med det menes kommuner med 3000 innbyggere eller færre, har større behov for ekstern tilrettelagt kunnskap om egne forhold enn det større kommuner har. En årsak det pekes på i intervjumaterialet er at større kommuner har kompetanse til å hente inn og bearbeide informasjon på egen hånd.

Plankompetanse ser ut til å være en knapp ressurs i en del av de minste kommunene, men også i de litt større. Under foreberedelsen til intervjuundersøkelsen ble det ringt til kommuner som ikke kunne delta fordi de manglet plankompetanse, da ble det

henvist til arealplanlegging. Andre kommuner viste til at de var avhengig av at private gjennomførte reguleringer og at kommunen kun arbeidet med godkjenningen. Det ble da henvist til at kompetansen var utilstrekkelig med hensyn på antall medarbeidere som arbeidet med disse tema i kommunen.

Slike kommuner vil også trolig ha få ressurser til å hente inn informasjon. Som nevnt over brukte respondentene *tid* som argument for å begrunne at de ikke kjente nettstedet kommune-helseprofiler. Et viktig punkt i spørsmålet om tilgjengelig informasjon er at nettstedet kommune-helseprofiler inneholder et forbehold om at informasjon som risikerer å komme i konflikt med hensynene til anonymitet og statistisk utsagnskraft er utelatt. Videre heter det at:

I denne versjonen av Kommune-helseprofiler er begge hensynene ivaretatt gjennom skjuling av rater/ andeler som er basert på (eller hentet fra) små befolkningsgrupper. For indikatorer som er brukt til å illustrere underliggende trender (dødelighetsrater og fødselsvektindikatorer) er det, av statistiske hensyn, besluttet å utelate kommuner der tallmaterialene er små, dvs. kommuner der andeler og rater er uforholdsmessig følsomme for tilfeldige svingninger. Et lite tallmateriale er, i kommune-helseprofiler, definert ved "færre enn 5 tilfeller" (for eksempel færre enn 5 dødsfall av kreft eller færre enn 5 barn med lav fødselsvekt). Hvis mer enn halvparten av datapunktene i en tidsserie for en kommune er basert på slike små tallmaterialer, er kommunen utelatt fra statistikken. I motsatt fall publiseres alle datapunktene i tidsserien, unntatt datapunkter som må skjules av personvern hensyn. Selv blant kommuner som er inkludert i statistikken vil indikatorene (på kommune-nivå) være nokså ustabile, i hvert fall for kommuner med færre enn 10- 20 000 innbyggere. Utviklingen over tid vil tydeliggjøre graden av tilfeldige svingninger.

Kilde: Kommune-helseprofiler.

Dette hensynet resulterer i at små kommuner, som framstår i intervjumaterialet som dem med størst behov for informasjon,

likevel ikke alltid kan regne med at nettstedet kommunehelseprofiler vil tilby informasjonen de trenger. Dette skjer selv om nettstedet skal tilby informasjon om angjeldende tema. Utfordringen for Helsedirektoratet er dermed både å tilrettelegge for, og å gi informasjon som medfører at flere kommuner kan framstå som og behandles som ett geografisk område i statistisk forstand.

6.4 Kommunal kontekst

Nasjonale mål er at kommunene velger å benytte kommuneplanens samfunnsdel som styringsverktøy for å integrere folkehelsearbeidet i kommunal politikk og tiltak. Hvordan kommunene velger å omsette dette nasjonale målet til lokal politikk er avhengig av hvordan de forstår folkehelsearbeidet og de politikkområdene det eventuelt kan integreres i. Vi har ikke spurt kommunene hvordan de forstår dette, men det kommer fram i vårt datamateriale at det er en utfordring å koordinere og samordne folkehelsearbeid på kommunalt nivå. Vi har også sett at planleggere til en viss grad oppfatter helsefaglige spørsmål, samt spørsmål om sosial ulikhet i helse som lite relevante for eget arbeid. Dette er oppfatninger som kan tilskrives etablerte profesjonskulturer og kompetanse om planlegging.

Som det ble vist til over er det en utfordring for Helsedirektoratet å integrere kommunale planleggere i sitt informasjonsarbeid overfor kommunene. Det vil også være en utfordring å fokusere folkehelsearbeidet som et tverretattlig arbeidsområde i enda sterkere grad enn hva som gjøres. Konkret er utfordringen å løfte fram integrering mellom kommunale arbeids- og fagområder som en arbeidsform i kommunene. Dette angår både selve informasjonsarbeidet for å selge inn kommunehelseprofilene som et godt arbeidsverktøy til kommunene, og det angår hvilke kunnskapsbaserte tekster som legges ut som eksempler og annet på nettstedet.

6.5 Oppsummering og avslutning

Den foreliggende undersøkelsen viser at mange kommunale aktører ikke kjenner hverken nettstedet eller arbeidsverktøyet

kommunehelseprofiler. Den samme undersøkelsen viser likevel at nettstedet har et potensial fordi det samler offentlig informasjon om folkehelserelaterte tema og kunnskap om kommunene på ett sted. Det har et potensial også fordi det skaper begeistring hos kommunale aktører når de får tilgang til nettstedet. Utfordringen er imidlertid at både informasjon om nettstedet og kunnskapen nettstedet tilbyr, må gis på en slik måte at kommunene kan knytte nettstedet opp mot aktuelle utfordringer de har med planlegging og andre kommunale prosesser. Informasjon og kunnskap må også gis i et språk som knytter viktige stikkord som ”sosial ulikhet i helse” til den kommunale hverdagen.

Litteratur:

- Amdam, R. R. Bergem og L.J. Halvorsen (2006): *Helse i samfunnsplanlegginga*. Arbeidsnotat, Møreforskning
- Barton, H. and C. Tsourou (2000): *Healthy Urban Planning. A WHO guide to planning for people*. London and New York: Spon Press.
- Besl. O nr. 84 (2007-2008): *Vedtak til lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (plandelen)*. Vedtatt av Odelstinget 29.5.08.
- Falleth, E.,I. (2007): Kommuneplanlegging – idealer og realiteter in Ravna, Ø (ed). *Areal og Eiendomsrett*. Oslo: Universitetsforlaget. Pp. 85-102.
- Falleth E., I. and K., B. Stokke (2001): *Kommune- og økonomiplanlegging. Hva gjør kommunene?* Report No. 2001:20. Oslo: Norwegian Institute of Urban and Regional Research.
- Fosse, E. (2000): *Implementering av helsefremmende og forebyggende arbeid. Rapport nr. 73 (2000)*. Inst. for adm.org. og Hemil-senteret, Universitetet i Bergen
- Fylkesmannen i Vestfold (2006): *Helse i plan i Vestfold*. Foredrag
- Ot. Proposition No 32 (2007-2008): *Om lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven) (Plandelen)*. Miljøverndepartementet.
- Miljøverndepartementet (1999): *Kommuneplanstatus. Status i arbeidet med kommuneplanens arealdel i alle kommuner i Norge per 15.2.1999*. Rapport. Oslo: Miljøverndepartementet.

- Myrvold, T. M. (2001): *Smått og godt? Om de minste kommunens evne til å imøtekomme generalistkommunekravet. En kunnskapsoversikt og indikatordiskusjon* NIBR, rapport 2001:1
- Røvik, K. A. (2007): *Trender og translasjoner: ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Universitetsforlaget, Oslo
- Stortingsmelding 26 (2006-2007): *Regjeringens miljøpolitikk og rikets miljøtilstand*. Miljøverndepartementet.
- Stortingsmelding 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet.
- Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Helsedepartementet

Vedlegg 1

Spørreskjema

1. Hvor mange innbyggere har kommunen du arbeider i?
 - ☐ Under 3 000 innbyggere
 - ☐ 3000 – 4 999 innbyggere
 - ☐ 5 000 – 8 999 innbyggere
 - ☐ 9 000 – 34 000 innbyggere
 - ☐ 35 000- 100 000 innbyggere
 - ☐ Over 100 000 innbyggere
2. Har kommunen inngått partnerskapsavtale for folkehelse med fylkeskommunen?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nei
 - ☐ Vet ikke
3. Deltar kommunen i Sosial- og helsedirektoratets utviklingsprosjekt "Helse i Plan"?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nei
 - ☐ Vet ikke
4. Finnes det en folkehelsekoordinator i kommunen?
 - ☐ Ja, og jeg har denne funksjonen
 - ☐ Ja, men en annen har denne funksjonen
 - ☐ Nei
 - ☐ Vet ikke
5. Hvilken stilling har du i kommunen?
 - ☐ Kommuneplanlegger/plankonsulent
 - ☐ Miljøvernleder/-rådgiver/-konsulent (natur og miljø)

- Kommuneoverlege / kommunelege 1
 - Helsesøster
 - Sykepleier
 - Fysioterapeut
 - Miljøarbeider (aktivt arbeid med brukere/helse)
 - Ergoterapeut
 - Annet:.....
- 6. Kjenner du til Sosial- og helsedirektoratets nettbaserte verktøy *Kommunehelseprofiler*?
 - Ja
 - Nei
- 7. Hvordan ble du kjent med Kommunehelseprofiler?
 - Infomateriell fra Sosial- og helsedirektoratet
 - Foredrag ved representant fra Sosial- og helsedirektoratet
 - Informasjon fra andre
 - Kom tilfeldig over det på nettet
 - Vet ikke
- 8. Har du besøkt Kommunehelseprofiler på Sosial- og helsedirektoratets nettsider?
 - Ja
 - Nei
- 9. Kan du angi grunnen til at du ikke har besøkt Kommunehelseprofiler på Sosial- og helsedirektoratets nettsider?
 - Synes ikke det virker relevant
 - Har ikke hatt tid
 - Mangler kompetanse på bruk av statistikkverktøy
 - Har ikke hatt bruk for det
 - Har prøvd, men fant ikke fram på nettet
 - Har ikke tiltro til det statistiske grunnlaget til Kommunehelseprofiler
 - Annet
- 10. Omtrent hvor mange ganger har du besøkt Kommunehelseprofiler på Sosial- og helsedirektoratets sider?
 - En gang
 - Inntil fem ganger
 - Fem-ti ganger
 - Flere enn ti

- Vet ikke

11. Hvilke deler av verktøyet Kommunehelseprofiler ble brukt?

- Statistikkverktøyet i Kommunehelseprofiler
- Kommunebarometeret
- Faktaarkene
- Tiltakspakkene
- Gode eksempler
- Dokumenterte effekter av tiltak
- Aktuelt
- Annet:...

12. Til hvilke folkehelsetema brukte du informasjon fra Kommunehelseprofiler?

- Miljørettet helsevern
- Grøntområder/friluftsområder
- Ernæring
- Fysisk aktivitet
- Skade- og ulykkesforebygging
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Mental helse
- Rusforebygging
- Tobakk
- Smittevern
- Tannhelse
- Annet

13. Hvilket formål hadde bruken av Kommunehelseprofiler?

Utvikling av:

- Planprogram/planstrategi
- Kommuneplanens samfunnsdel/måldel
- Kommuneplanens arealdel
- Økonomiplan
- Kommunedelplan/sektorplan/handlingsplan/temaplan
- Reguleringsplan
- Utbyggingsavtale
- Strategisk enkeltvedtak i kommunestyre eller politisk utvalg
- Konsekvensutredninger
- Konkrete folkehelsetiltak/folkehelsekampanjer

- Kartlegging til bruk i det daglige arbeidet
- Faglig kompetanseheving
- Annet....

Nå ønsker vi din vurdering av verktøyet

Kommunehelseprofiler, som kan deles inn i

a) statistikkverktøy (Kommunehelseprofiler og kommunebarometer), og

b) fagstoff (fakta-ark, tiltakspakker og gode eksempler)

14. Hvordan vurderer du statistikkverktøyet? Er det:

- Svært godt
- Godt
- Både og
- Dårlig
- Svært dårlig

15. Hva ved statistikkverktøyet er du misfornøyd med?

- Synes presentasjon er lite brukervennlig
- Den geografiske inndelingen fungerer dårlig
- Sammenligningsmulighetene med andre kommuner er ikke god nok
- Tabeller og figurer er vanskelig å tilpasse eget behov
- Savner visse folkehelseindikatorer
- Annet

16. Innenfor hvilke folkehelse temaer savner du indikatorer?

- Miljørettet helsevern
- Grøntområder/friluftsområder
- Ernæring
- Fysisk aktivitet
- Skade- og ulykkesforebygging
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Mental helse
- Rusforebygging
- Tobakk
- Smittevern
- Tannhelse
- Annet

17. I hvilken grad synes du statistikkverktøyet gir mulighet til sammenlikning på tvers av kommuner?
- Svært gode muligheter
 - Gode muligheter
 - Både og
 - Mindre muligheter
 - Svært få muligheter
 - Vet ikke
18. Kunne du tenkt deg statistikkverktøyet presentert på områdenivå?
- Ja
 - Nei
 - Vet ikke
19. Hvordan vurderer du fagstoffet? Er det:
- Svært godt
 - Godt
 - Både og
 - Dårlig
 - Svært dårlig
20. Hva ved fagstoffet er du misfornøyd med?
- Presentasjonsformen er ikke god nok
 - Fagstoffet er lite relevant
 - Vanskelig å relatere fagstoffet til den lokale virkeligheten
 - Annet
21. Er det noen folkehelse temaer du ønsker du mer eller annet fagstoff om?
- Miljørettet helsevern
 - Grøntområder/friluftsområder
 - Ernæring
 - Fysisk aktivitet
 - Skade- og ulykkesforebygging
 - Trygghet/kriminalitetsforebygging
 - Sosial ulikhet i helse
 - Universell utforming
 - Mental helse
 - Rusforebygging
 - Tobakk
 - Smittevern
 - Tannhelse
 - Annet

22. Er det ønskelig med mer fagstoff om folkehelse i kommunal planlegging?

- ☐ Ja
- ☐ Nei
- ☐ Vet ikke

23. Totalt sett, gir KommuneHelseprofiler (statistikk + fagstoff) relevant kunnskap for folkehelsearbeidet?

- ☐ i svært stor grad
- ☐ i stor grad
- ☐ både og
- ☐ i liten grad
- ☐ ikke i det hele tatt

24. Har du ytterligere kommentarer?

Vedlegg 2

Intervjuguide

Vi holder på med en undersøkelse der vi skal vurdere behovet for, bruken av og vurderingen av et nettbasert planleggingsredskap, KommuneHelseprofiler, som Helsedirektoratet har laget og drifter. Det er laget for å fremme planlegging på feltet folkehelse i vid forstand. Det skal gi samlet informasjon om en del indikatorer som kan brukes inn mot planlegging, tematiske satsninger, utviklingsarbeid og strategisk argumentasjon for å styrke folkehelsen i kommunen. Det er tilgjengelig på Helsedirektoratets hjemmesider.

Starte med å bli enige om en definisjon av folkehelse:

Folkehelse er å redusere sykdom og styrke faktorer som fremmer helse.

Har en bred definisjon som medfører at det omfatter de fleste politikkområder i en kommune som kan påvirke innbyggernes levekår: økonomisk trygghet, bolig, skole, arbeid, hjelp etter behov, sosial tilhørighet, et godt ytre miljø og en god livsstil. De fleste faktorene er på samfunnsnivå; stat og kommune kan handle for å endre og påvirke. Livsstil er på individnivå.

Avklaring av respondentens funksjon

- Hvilken funksjon har du? Hva jobber du som?
- Er du folkehelsekoordinator?
- Har kommunen en folkehelsekoordinator?

Behovet for informasjon

- Hvilken type informasjon oppfatter du som viktig for å arbeide med kommuneplanens samfunnsdel?
- Hvor henter dere informasjon om tilstanden på forskjellige områder i kommunen som skal brukes inn mot kommuneplanens samfunnsdel? (KOSTRA, SSB, Folkehelseinstituttet, Helsebiblioteket, tall fra fylkeskommunen, tall fra fylkesmannen, egen innsamlet statistikk (Alle kommuner må bruke noe som heter individbasert pleie- og omsorgsstatistikk, etc.))
- Kjenner du kommunehelseprofilene?
- Hvordan ble du kjent med dem? (info fra fk, fm, brosjyre, foredrag fra H.dir)

Gå inn på kommunehelseprofilene, snakke om dem.

www.helsedirektoratet.no

velge fane for statistikk

- Mener du at **statistikkredskapet** tilbyr informasjon og indikatorer som er relevante for din kommune? Er de nyttige for deg i ditt arbeid?

Vi har gjennomført en spørreskjemaundersøkelse om dette. Der kommer det fram at interessen er størst for å få informasjon og kunnskap om temaene sosial ulikhet i helse og fysisk aktivitet. Det er også disse temaene de savner indikatorer om. Fra andre kilder vet vi at fysisk aktivitet er det mange kommuner som oppgir at er en del av samfunnsdelen av kommuneplanen, men sosial ulikhet i helse er det får som oppgir at er en del av planen.

- Sosial ulikhet i helse er et begrep som referer til at det å ha lav utdanning og lav inntekt ofte har sammenheng med å ha dårlig helse. Indikatorer som kan si noe om sosial ulikhet i helse er dermed de sosioøkonomiske indikatorene; (antall med arbeidsledighetstrygd, rehabiliteringspenger, sykepenger, uføretrygd, antall på sosialhjelp, antall med bare grunnskole fordelt på kjønn, andel sluttet eller ikke bestått videregående skole fordelt på kjønn, antall husholdninger med aleneboende, antallet enslige med barn, antall med lav inntekt etc.) Mener du at kunnskap om slike

ting er et godt grunnlag for å utvikle en kommunal politikk, blant annet for å redusere ulikheter i helse?

- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Indikatorer som kan si noe om fysisk aktivitet er utgifter til idrett per innbygger, utgifter til kultur per innbygger, lekearealer i dekar per 1000 innbygger, tall om antall kilometer sykkelveier og turstier per innbygger. Tror du disse indikatorene er et godt utgangspunkt for å utvikle og føre en politikk for å styrke folks fysiske helse i kommunen?
- Hvorfor/hvorfor ikke?
- Kunne du tenkt deg indikatorer som i større grad er positivt vinklet? For eksempel antall kino- og teaterbesøk, antall medlemskap i idretts- og andre organisasjoner, befolkningens egenvurderte helse, antall samarbeidsavtaler kommunen har med organisasjoner og andre samfunnsaktører?
- Består **kommunebarometeret** av indikatorer du mener er relevante for det arbeidet som skal gjøres angående planlegging i din kommune? Spørre om dødelighet og sykdom, f. eks.
- Er det andre indikatorer som vil være relevante eller som savnes?
- Evt. hvilke og hvorfor?
- Hva er din oppfatning av formen på informasjonen? Er den god og lett tilgjengelig?
- Har du kikket på **faktaarkene**?
- Inneholder de informasjon du anser som relevant for din kommune?
- Er det andre tema du oppfatter at vil være nyttige og relevante for din kommune?
- Evt. hvilke?
- Hva er din oppfatning av formen på informasjonen? Er den lett tilgjengelig?
- Har du kikket på **tiltaksprogrammene**?
- Inneholder de informasjon du mener er relevant for de planleggingsutfordringer din kommune har?
- Er det andre tema du oppfatter at vil være nyttige og relevante for din kommune?

- Evt. hvilke?
- Hva er din oppfatning av formen på informasjonen? Er den god og lett tilgjengelig?
- Har du kikket på de **gode eksemplene**?
- Synes du de er relevante; er det noe ved dem som kunne være aktuelt for din kommune?
- Er det andre tema som ville være nyttige eller relevante for din kommune?
- Evt. hvilke?
- Hva er din oppfatning av formen på informasjonen? Er den god og lett tilgjengelig?
- Har du kikket på **dokumenterte effekter** av folkehelse tiltak?
- Får de deg til å tro at dette vil virke for din kommune?
- Er det andre tema som vil være nyttige eller relevante for din kommune?
- Hva er din oppfatning av formen på informasjonen? Er den god og lett tilgjengelig?

Sammenligning

- Hvor nyttig er det å kunne sammenligne direkte med fylkeskommunalt gjennomsnitt?
- Hvor nyttig er det å kunne sammenligne med landsgjennomsnitt?
- Hvor nyttig er det å sammenligne med kommuner i samme kostragruppe?
- Hvor nyttig er det å sammenligne med kommuner i samme region?
- Har du gjort deg opp en mening om folkehelseprofilene er et bedre, like godt eller dårligere planleggingsredskap enn kostra? Evt. andre tall fra SSB eller folkehelsen?

Samarbeid og tilgjengelighet (barrierer)

- Oppfatter du at dere har kompetanse til å ta kommune helseprofilene i bruk?
- Er planleggingsprosessene i kommunen preget av samarbeidskultur? Involveres folkehelse spørsmål i planleggingen?

- Er det mulig å si noe om hvordan? Eller hvorfor ikke?
- Oppfatter du at kommunen har nok informasjon og kunnskap om selve planleggingsprosessen?
- Hva ønsker du at fylkeskommunen skal gjøre med hensyn på informasjon og kommunal planlegging?
- Eventuelt hva kan det være aktuelt at fylkesmannen gjør?

Behov for og krav om å ha planer på forskjellige områder av kommunens virksomhet:

- Hvordan oppfatter du at kommunens behov er for å planlegge på forskjellige tema eller områder av den kommunale virksomheten? (Teknisk, grøntområder, friområder, friluft, idrett, kultur, bolig, omsorg, helse, psykisk helse, skole/barnehager).
- Er, eller tror du, kommunehelseprofilene vil være et godt arbeidsredskap for å gjennomføre den planlegging på slike tema?