

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

Rapport nr. 2

**Lokalt og regionalt
folkehelsearbeid 2007 – 2010**

Oversyn over resultat frå evalueringane av
tiltaka Partnerskap for folkehelse, Helse i plan
og Kommunehelseprofilar.

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

Lokalt og regionalt folkehelsearbeid 2007 – 2010

Oversyn over resultat frå evalueringane av tiltaka
Partnarskap for folkehelse, Helse i plan og Kommunehelseprofilar

Rapport nr. 2

Høgskulen i Volda Møreforskning Volda

2010

Prosjekttittel	Evaluering av Helse i Plan, kommunehelseprofiler, Partnerskap for Folkehelse og tilskuddsordning til lavterskel fysisk aktivitet
Prosjektansvarleg	Møreforsking Volda
Prosjektlei	Randi Bergem og Susanne Moen Ouff
Finansiering	Sosial- og Helsedirektoratet
Forfattarar	Randi Bergem, Susanne Moen Ouff, Unni Aarflot, Marte Hanche-Dalseth (Møreforsking) Guri-Mette Vestby, Hege Hofstad, Marit Kristine Helgesen NIBR)
Ansvarleg utgjevar	Møreforsking Volda
ISBN	978-82-7692-303-2 (elektronisk utgåve)
ISSN	1891-5981
Distribusjon	http://www.moreforsk.no/volda.htm http://www.hivolda.no/fou

Denne rapporten er basert på tidlegare publisert materiale:

Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse (Hofstad, H., & Vestby, G.-M.: 2009).

Kommunehelseprofiler. Kommunenens bruk av Helsedirektoratets nettsted (Helgesen, M. K., Hofstad, H., & Vestby, G.-M. : 2008).

Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Undervegsrapport (Bergem, R., Ouff, S. M., Aarflot, U., & Hanche-Dalseth, M. : 2009).

Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Sluttrapport. (Ouff mfl 2010).

© Forfattar/Møreforsking Volda

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

Rapport

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

Forord

Denne oppsummeringsrapporten baserer seg på ei følgjeevaluering av dei tre folkehelseiltaka *Partnerskap for folkehelse, Helse i plan og Kommnehelseprofilar*. Evalueringa er utført av Møreforskning Volda og NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) på oppdrag frå Helsedirektoratet. Evalueringa har bestått av følgjande delar og undervegsrapporteringar:

- *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i plan og Partnerskap for folkehelse* (Hofstad, H., & Vestby, G.-M.: 2009). NIBR gjennomførte våren 2008 ein todelt landsomfattande survey som representerer ei breiddeundersøking av korleis folkehelse er forankra i kommunane generelt og i kommunar som deltek i prosjektet Helse i plan. Breiddeundersøkinga omfattar også Partnerskap for folkehelse.

- *Kommnehelseprofiler. Kommunenens bruk av Helsedirektoratets nettsted* (Helgesen, M. K., Hofstad, H., & Vestby, G.-M. : 2008). Evalueringa er gjennomført av NIBR, og såg på kommunane sin bruk av nettstaden og statistikkverktøyet Kommnehelseprofiler. Evalueringa byggjer på ein survey sendt til alle kommunar og telefonintervju med planleggjarar og folkehelsekoordinatorar i ti kommunar.

- *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Undervegsrapport* (Bergem, R., Ouff, S. M., Aarflot, U., & Hanche-Dalseth, M. : 2009). Møreforskning Volda har også evaluert dei to tiltaka Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse gjennom ein djupnestudie i eit utval fylke og kommunar. Den første datainnsamlinga vart gjennomført i 2008 og er grunnlaget for undervegsrapporteringa.

- *Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Sluttrapport.* (Ouff mfl 2010). Denne rapporten sammenfattar funn frå oppfølgingsintervju i dei same fylka og kommunar som var med i undersøkinga i 2008, samt funn frå kvantitative data analysert ved NIBR.

Denne rapporten er ei oppsummering av rapportane vi nemnde ovanfor. Føremålet med denne samanfatinga er å gi lesaren ei innføring i kva dei ulike tiltaka går ut på, korleis dei er organiserte, opplevde effektar av tiltaka og kva sentrale aktørar vurderer som viktige faktorar for at ordningane skal fungere best mogleg framover.

Unni Aarflot har hatt hovudansvaret for å samanfatte rapporten.

Innhold

Forord	3
Tabelloversikt	4
1. Bakgrunn for rapporten	5
Helsedirektoratet si folkehelsesatsing	5
Nytt lovverk og reformer	6
2. Partnerskap for folkehelse	7
Dei regionale partnerskapa	7
Dei lokale partnerskapa	8
Praktisk integrering av ulike tema i folkehelsearbeidet	9
Kva fungerer godt og kva kan bli betre?	9
3. Helse i Plan	11
Kva er Helse i plan?	11
Organisering av tiltaket	11
Erfaringar frå prosjektet	12
Kva fungerer godt og kva kan bli betre?	14
4. Kommnehelseprofilar	15
Funn frå evalueringa	15
Kva fungerer godt og kva kan bli betre?	16
5. Avsluttande kommentarar	18

Tabelloversikt

Tabell 1 Etablering av lokale partnerskap og vurdering av suksessfaktorar	8
Tabell 2 Døme på tverrsektorielle folkehelseiltak i kommunane	9
Tabell 3 Deltek kommunen i " Helse i plan"? Har kommuneadministrasjonen tverrfaglege samarbeidsgrupper på folkehelseområdet?	11
Tabell 4 Oversikt over dei mest fokuserte temaområda i Helse i plan-kommunane	13
Tabell 5 Andel som kjenner til kommnehelseprofilane og som har besøkt dei.	15

1. Bakgrunn for rapporten

Denne rapporten er ei oppsummering av dei tre folkehelseiltaka *Partnerskap for folkehelse, Helse i plan og Kommnehelseprofilar*. **Målet med rapporten** er å gje ei kortfatta oversikt over kva dei enkelte tiltaka går ut på, korleis dei er organiserte og kva erfaringar fylka og kommunar har gjort seg i arbeidet med desse tiltaka. Rapporten summerer også opp forhold som er viktige for at ordningane skal fungere best mogleg. I tillegg til dei tre nemnde tiltaka, er Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet evaluert. Resultata frå evaluering av ordninga er ikkje inkludert i den oppsummerande rapporten, men finst i rapporten *Fra sofaen til sykkelsetet. Evaluering av Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet* (Bergem, Ouff, & Aarflot, 2008).

Rapporten går ikkje inn på metodisk og teoretisk forankring av evalueringsarbeidet. Den går heller ikkje i djupna på viktige analysar som dannar grunnlag for forskarane sine avsluttande kommentarar. **For meir utfyllande informasjon** om folkehelseiltaka og kunnskap om evalueringsarbeidet, sjå rapportane som er omtala i forordet.

I tillegg til desse rapportane har det blitt skriva ei masteroppgåve om temaet: Norborg, R. W. (2009). *Medvirkning i samfunnsplanlegging og helsefremmende arbeid – mellom politikk og realitet*. Oppgåva er gitt ut som Arbeidsrapport nr. 3. Volda: Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.

Helsedirektoratet si folkehelsesatsing

Helsefremjande og førebyggjande arbeid er i fokus, ikkje minst gjennom satsing på folkehelse. Målet med satsinga på folkehelse, slik ein kan lese det i folkehelsemeldinga: Resept for et sunnere Norge (St. meld. nr 16 (2002-2003)), er eit sunnare Norge gjennom ein politikk, som for det første skal medverke til **å betre den generelle helsetilstanden** i befolkninga, og som for det andre skal medverke til **å utjamne helsesituasjonen mellom ulike sosiale lag**. Helsedirektoratet har sett i gong fleire tiltak som er retta mot folkehelsearbeidet regionalt og lokalt, det gjeld mellom anna folkehelseiltaka *Partnerskap for folkehelse, Helse i plan og Kommnehelseprofilar*.

Tiltaka er **metodeutviklingsprosjekt** og blir evaluert som verktøy og tiltak, som direkte eller indirekte medverkar til bevisstgjerjing og mobilisering, nye arbeidsmåtar og samarbeidsmåtar, og ikkje minst strategiar og forankringsmodellar. I Folkehelsemeldinga omtalar sentrale myndigheiter **samfunnsplanlegging** som eit viktig virkemiddel i folkehelsearbeidet. I den same meldinga, blir Partnerskap framheva som ei ønskjeleg arbeidsform i det lokale folkehelsearbeidet. Samfunnsplanlegging og partnerskap handlar i stor grad om **mobilisering og forankring** av helsesatsinga.

Nytt lovverk og reformer

Undervegs i evalueringsperioden har det kome fleire reformer og lover som verkar inn på folkehelsearbeidet generelt og på utviklinga av arbeidsmetodane Partnerskap for folkehelse og Helse i plan:

- **Forvaltningsreforma** trådde i kraft 01.01.2010. Reforma fokuserer på oppgåvefordeling mellom forvaltningsnivåa, med eit særleg fokus på fylkeskommunen som drivkraft for regional utvikling.
- **Lov om fylkeskommunar sine oppgåver i folkehelsearbeidet (Folkehelselova)** trådde i kraft 01.01.2010. Lova kom som ein følgje av forvaltningsreforma, der Helse- og omsorgsdepartementet fekk i oppgåve å lovfeste folkehelsearbeidet i fylkeskommunane.
- **Samhandlingsreforma** vart presentert av regjeringa i juni 2009 gjennom St. meld. Nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*. Stortingsmeldinga byggjer på notida og framtida sine forventa utfordringar i helse- og omsorgssektoren, både ut ifrå eit pasientperspektiv og eit samfunnsøkonomisk perspektiv. Meldinga skisserer tre hovudutfordringar, der den eine er at helsetenesta gjer for lite førebyggjande og helsefremjande arbeid. Hovudgrepa som blir skissert for å møte utfordringane, kan ha innverknad på folkehelsearbeidet. Reforma trer i kraft først frå 2012.
- Ny, revidert **plan og bygningslov** trådde i kraft 1. juli 2009. Folkehelse blir definert som ein del av bærekraftomgrepet og inngår difor i planlova sin formålsparagraf. Den nye plan og bygningslova integrerer folkehelse i kommuneplanlegginga i større grad enn det som har vore tilfellet tidlegare og vil få konsekvensar for kommunane sitt planarbeid.
- Kommunehelsetenestelova er under revisjon. Eit mogleg resultat av revisjonsarbeidet er ei todeling av lovverket, 1) ein Folkehelselov som gjeld for forvaltningsnivåa; kommunar, fylkeskommunar og statlig nivå og 2) ein eigen Helse – og omsorgslov. Det er varslet at Regjeringa vil legge fram eit lovforslag for Stortinget i 2010. Ei mogleg følgje av dette, er ein **Opptappingsplan for folkehelse**.

Denne oppsummeringsrapporten går ikkje inn på korleis nytt lovverk og reformer påverkar eller kan kome til å påverke folkehelsearbeidet. For meir informasjon om kva tankar informantane i evalueringa gjer seg kring desse endringane, sjå sluttrapport (Ouff m fl 2010).

2. Partnerskap for folkehelse

Partnerskap for folkehelse er lansert som ei **arbeidsform for det regionale og lokale folkehelsearbeidet**. Tiltaket er eit verktøy som skal

- medvirke til **bevisstgjerung** og **mobillisering**, nye **arbeidsmåtar** og **samarbeidsmåtar**
- medvirke til utvikling av **strategiar og planforankringsmodellar** i folkehelsearbeidet
- betre relasjonane på tvers av tradisjonelle skiljelinjer, og vere **sektor- og nivåovergripande** både på kommunalt og regionalt nivå

Partnerskap for folkehelse kan vi forstå som eit forpliktande samarbeid mellom offentleg og privat sektor, men helst også med folkevalde og frivillig sektor.

Helsedirektoratet har gitt stimuleringsmidlar frå 2004. Desse gjekk først til fylke som direktoratet vurderte var komne langt i folkehelsearbeidet, men frå 2007 fekk alle fylka stimuleringsmidlar. Stimuleringsmidlane var i 2004 i alt 10 mill. kr., og har auka til 32,7 mill. kr. i 2009. Midlane skal bidra til å finansiere lokale og regionale partnerskap, med tilhøyrande folkehelsekoordinatorstillingar og aktivitet innan prioriterte folkehelse tema.

Dei regionale partnerskapa

I den regionale partnerskapen inngår fylkeskommunen **partnerskapsavtalar med ulike aktørar**. Dei mest vanlege aktørane er fylkesmannen, kommunar, idrettsorganisasjonar og andre frivillige organisasjonar. I nokre regionale partnerskap er NAV, helseføretak og høgskular/universitet representerte. KS, LO og NHO er med i partnerskapen i somme fylke. Det er også døme på fylke, der dei vidaregåande skulane er sentrale aktørar i partnerskapen.

Nokre fylke har formelle, skriftlege avtalar med alle partnarane, medan andre fylke ikkje har formalisert samarbeidet på den måten. **Graden av formalisering** kan også variere mellom ulike aktørar og er størst når det gjeld kommunane si deltaking. Dei formelle avtalane med kommunane byggjer ofte på forankring i politiske vedtak i kommunen, noko som er eit krav for at kommunane skal få midlar. Eit anna krav er at kommunane skal ha ein folkehelsekoordinator.

Alle fylka har ein **folkehelsekoordinator, folkehelserådgevar** eller tilsvarande med ansvar for å koordinere dei regionale partnerskapa. Ofte skjer dette i samarbeid med fylkesmannen, i nokre fylke er det tilsette både i fylkeskommunen og hos fylkesmannen som utgjer sekretariatet for folkehelsearbeidet. Det varierer frå fylke til fylke kva nivå og/eller eining i organisasjonen folkehelsearbeidet har blitt plassert, men følgjande alternativ er mest nytta: I stab hos fylkesdirektør/rådmann, i kulturavdelinga, eller i avdeling for regional utvikling.

Godt over halvparten av fylka har oppretta **eigne politiske organ knytte til folkehelse**, som til dømes folkehelseutval, folkehelseråd- eller komitear. I dei fylka som ikkje har oppretta slike organ, ligg det politiske ansvaret hos allereie

etablerte politiske råd/utval. Politisk forankring er viktig for at arbeidet skal få gode vilkår og ha legitimitet. Jamt over opplever koordinatorane at den politiske forankringa er god. Den administrative forankringa er kanskje ikkje komen like langt, men koordinatorane opplever at den er på riktig veg.

Dei lokale partnerskapa

Når kommunane inngår partnerskapsavtale med fylkeskommunen, må dei opprette ei **folkehelsekoordinatorstilling** lokalt. Det er ein fordel om kommunane oppretter ei eiga folkehelsekoordinatorstillinga, men i mange kommunar vert denne lagt på toppen av ei eksisterande anna stilling i ein svært liten i stillingsprosent. Ofte er det også eit krav at kommunen har **forankra** partnerskapen godt med politisk vedtak i eigen organisasjon før dei inngår partnerskapsavtalen.

Kommunane organiserer arbeidet sitt gjennom samarbeid mellom kommunale etatar, frivillige organisasjonar som idrettslag, helseorganisasjonar, barne- og ungdomsorganisasjonar m.m. Nokre kommunar samarbeider med private aktørar, men det blir meir sett på som eit avtaleregulert samarbeid knytt til enkelttiltak enn partnerskap. Kommunane har i liten grad etablert formelle partnerskap med skriftlege avtalar. Dei fleste nyttar heller ikkje omgrepet partnerskap lokalt, men snakkar om **samarbeid og samhandling**. Det finst nokre døme på skriftlege avtalar mellom kommunen og organisasjonar knytte til konkrete, avgrensa tiltak. I den grad det er oppretta partnerskap eller andre former for meir forpliktande samarbeid, så er det mellom kommunale etatar eller avdelingar. Nokre kommunar har oppretta samordningsforum eller likande, der frivillige organisasjonar er med i samarbeid med representantar frå administrativ og politisk side i kommunen.

Tabell 1 Etablering av lokale partnerskap og vurdering av suksessfaktorar. Prosent. Heile tal i parentes. N=50.

Suksessfaktorar	Vurdert som suksessfaktor for partnerskap
At folkehelse blir forankra i politisk og administrativ leiing	78 (39)
At arbeidet er langsiktig	70 (35)
At det er solide økonomiske ramme	50 (25)
At kommunen har solid kompetanse om folkehelseutfordringar	48 (24)
At det blir utarbeida felles målsettingar/felles plattform	42 (21)
At tunge aktørar deltek	16 (8)

Kommunane vurderer

frivillige lag og

organisasjonar som nødvendige medspelarar i folkehelsearbeidet, fordi dei både har fagkunnskap og lokalkunnskap.

Men kommunane fryktar at formelle avtalar kan kome i vegen for det som er frivillig sektor sitt kjenneteikn: den *frivillige* innsatsen. Kommunane ønskjer i endå større grad samarbeid med frivillige organisasjonar, men er innstilte på at det må skje på organisasjonane sine premisser. Tabell 1 viser kva kommunane som har oppretta lokale partnerskap vurderer som viktige suksessfaktorar for at

partnerskapen skal fungere godt. Korleis dette er fordelt i kommunar som ikkje har partnerskapsavtale, er vist i sluttrapporten for Helse i plan.

Praktisk integrering av ulike tema i folkehelsearbeidet

Eit av måla med Partnerskap for folkehelse er å sjå helse i ein heilskapleg samanheng, og integrere folkehelseperspektivet i mange sektorar. Det varierer i kva grad ulike sektorar og etatar er involverte i folkehelsearbeidet. I somme kommunar er folkehelsearbeidet godt integrert i organisasjonen, medan andre opplever at det er vanskelig å engasjere ulike fagetatar til folkehelsearbeidet. Under følgjer nokre døme på konkrete tiltak, som viser at kommunar ser ulike tema i samanheng og har etablert tiltak på tvers av sektor- og fagområde.

Tabell 2 Døme på tverrsektorielle folkehelseiltak i kommunane

Tema	Tiltak
Fysisk og psykisk helse	Kurs for støttekontaktar for psykisk sjuke, for å motivere til bruk av fysisk aktivitet i utøvinga av rolla som støttekontakt.
Kosthald, ernæring og tannhelse	Utarbeiding av kosthaldskurs i samarbeid med Sanitetslaget. Kurset inngår i den obligatoriske delen av Introduksjonsprogrammet for innvandrarak/flyktningar.
Sosial ulikskap i helse	Samarbeid mellom helsestasjon, sosialteneste og barnevern for å få til tidleg intervensjon overfor kvinner med fødselsdepresjon og mødrer med depresjon.
Fysisk aktivitet	Oppretting av ei barnehagegruppe, mellom anna i samarbeid med barnefysioterapeut, med fokus på kompetanseheving i fysiske ferdigheiter og korleis drive fysisk aktivitet ute.

Kva fungerer godt og kva kan bli betre?

Partnerskapsarbeidet har fungert godt på fleire område:

- **Kompetanse** på folkehelsefeltet har auka, både i dei politiske og administrative miljøa i fylka og kommunane.
- For mange fylke ser folkehelsearbeidet og partnerskapen ut til å styrke fylkeskommunen si rolle som **regional samfunnsutviklar**. Folkehelsearbeidet blir også vurdert som viktig for kommunane si rolle som lokal utviklingsaktør.
- Folkehelserådgjevarar/koordinatorar i fylka opplever at kommunane har blitt gode på praktisk folkehelsearbeid, på å skape nettverk og å motivere lag og organisasjonar.
- Kommunane trekkjer fram fylka sine **nettverkssamlingar** for dei kommunale folkehelsekoordinatorane som svært gode og vellukka samlingar.
- Ein modningsprosess er i gang når det gjeld **tverrfagleg samarbeid**, og samarbeid mellom frivillige og offentlege aktørar. Partnerskaps- og Helse i plan-kommunar etablerer tverrfaglege samarbeidsgrupper i større grad enn andre kommunar.

Både på fylkesnivå og kommunenivå kan ei **plassering av koordinatorstillinga** høgt oppe i organisasjonen gi status og auke prestisjen til funksjonen. Dette kan seie noko om graden av politisk og administrativ forankring, og gi større gjennomslagskraft i ulike sektorar. Det er elles viktig for både fylka og

kommunane at direktoratet held trykket oppe for å **auke legitimitet og status** i førebyggjande helsearbeid. For at Partnerskap for folkehelse skal fungere så bra som mogleg, kan det være nyttig å reflektere kring følgjande forhold:

- I folkehelsearbeid generelt, og partnerskapsarbeid spesielt, må nasjonale myndigheiter **tenke langsiktig**. Arbeidet må sjåast som ein modningsprosess, der ulike aktørar skal venne seg til nye samarbeidsmåtar og ny rollefordeling.
- Store, tunge **statlege aktørar** (som NAV, helseføretaka, utdanningsinstitusjonar) bør involverast på ein annan måte enn det som er tilfelle i dag. Det bør vurderast om Helsedirektoratet og fylka bør tilnærme seg desse aktørane og vise tydeleg at dei har ei rolle i folkehelsearbeidet.
- Sjølv om dei fleste koordinatorane på fylkesnivå og kommunenivå meiner at partnerskapen er ein god måte å jobbe på, så etterlyser dei **klarare mandat** for arbeidet sitt. Det kan tyde på at det frå politisk hald på fylkes- og kommunenivået bør kome tydelegare signal på kva ein vil med dette arbeidet.
- Ei utfordring er å få partnerskapa til å angå **heile organisasjonar, ikkje berre** enkeltpersonar **i organisasjonar**. Partnerskapa blir sårbare når dei er avhengige av enkeltpersonar sin entusiasme, det gjeld både offentlege og private partnerar.
- Erfaringane viser at **breidda i satsingsområda er for stor**, både regionalt og lokalt. Det vert vanskeleg å vere god på alt, og særleg til same tid. Truleg bør fylka og kommunar ha større fridom til å velje vekk nokre tema, for å kunne bli betre på andre. Alternativet er at ein snevrar inn feltet frå nasjonalt hald, men dette kan føre til at dei lokale tilhøva ikkje vil ligge til grunn for arbeidet lokalt.
- Kommunar og fylke jobbar med ei rekkje prosjekt parallelt innanfor same arbeidsområde (t.d. Livskraftige kommuner, Helse i Plan). Kommunane er omgitt av svært mange prosjekt, tiltak og omgrep med tilgrensande innhald, og opplever at statlege aktørar i liten grad ser desse i samanheng. Dei statlege satsingane bør i større grad **sjåast i samanheng med kvarandre**, for å unngå at forvaltninga blir meir fragmentert og komplisert enn nødvendig.
- For å få Partnerskap for folkehelse meir gjennomgåande integrert i kommuneorganisasjonane, bør ein vurdere om det trengst **nye tilnærings- og formidlingsmåtar** knytte til folkehelsearbeidet sin relevans og legitimitet. Meir heilskaplege og tydelege styringssignal på tvers av fagområda frå nasjonalt hald er eit grep som bør vurderast.
- **Øyremerking av midlar** blir trekt fram som nødvendig for å oppretthalde eit varig fokus på førebyggjande helsearbeid.

3. Helse i Plan

Kva er Helse i plan?

Helse i plan er eit **metodeutviklingsprosjekt**. Utgangspunktet for prosjektet er Folkehelsemeldinga, der regjeringa peikar på at det er behov for å styrke folkehelseperspektivet i samfunnsplanlegginga. Tiltaket har som målsetting å oppnå

- forankring eller planfesting av folkehelseiltak i ordinære plan- og styringsdokument
- kompetanseoppbygging på plan- og prosess innan helsesektoren

Helse i plan er først og fremst eit innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt, meir enn det er eit aktivitetsprosjekt for kommunane. Verktøyet er **plan- og bygningslova og kommuneplanen**. Metodane som vert utvikla dreier seg om korleis ulike folkehelse mål kan realiserast gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, økonomiplan og i temaplanar.

Prosjektet starta i 2006 og vil bli avslutta i 2010. Følgjande fylke har vore med i Helse i plan: Nordland, Møre og Romsdal, Østfold, Oppland, Vestfold, Akershus, Vest-Agder og Aust-Agder. Omlag 30 kommunar frå desse fylka har delteke i prosjektet. Kvart av fylka får kroner 100 000 frå Helsedirektoratet. Fylka bestemmer sjølve korleis dei bruker desse midlane, og om og eventuelt kor mykje som skal gå til kommunane som er med.

Organisering av tiltaket

Fylka organiserer arbeidet med Helse i plan på ulike måtar, men jamt over samarbeider fylkeskommunen og fylkesmannen tett om dette tiltaket. Ofte har dei etablert tverrfaglege arbeidsgrupper innan folkehelse temaet. Fylka inviterer kommunar til å vere med i prosjektet. Det er på det kommunale nivå at hovudaktiviteten i prosjektet føregår. Når ein kommune formelt blir med i Helse i plan, så er det vanleg at det blir oppretta ei **tverrfagleg arbeidsgruppe** i kommunen for å sikre integrering av ulike sektorar i planarbeidet. Tabellen under viser i kva grad Helse i plan-kommunar har etablert tverrfaglege samarbeidsgrupper i sin kommune, samanlikna med andre kommunar.

Tabell 3 Deltek kommunen i Helsedirektoratet sitt utviklingsprosjekt " Helse i plan"? Har kommuneadministrasjonen tverrfaglege samarbeidsgrupper på folkehelseområdet? N=229. Prosent (heile tal i parentes).

Deltek kommunen i Helsedirektoratet sitt utviklingsprosjekt "Helse i plan"?	Har kommunen sin administrasjon tverrfaglege samarbeidsgrupper på folkehelseområdet?				Total
	Ja	Nei	Etablering av slike grupper blir diskutert	Veit ikkje	
Ja	62 (23)	14 (5)	24 (9)	0 (0)	100 (37)
Nei	47 (63)	37 (49)	16 (21)	1 (1)	100 (134)
Veit ikkje	40 (23)	36 (21)	12 (7)	12 (7)	100 (58)
Total	48 (109)	33 (75)	16 (37)	4 (8)	100 (229)

Val av tema og målgrupper for folkehelsearbeidet samsvarer i stor grad med dei nasjonale satsingsområda, både for fylke og kommunar. Relativt få kommunar har gjennomført analysar av tilstanden i eigen kommune med tanke på å skaffe seg grunnlag for planstrategiar.

Dei fleste folkehelsekoordinatorane har åleine eller saman med fleire, ansvar for å implementere tankegodset frå Helse i plan i eigen kommuneorganisasjon, samtidig som dei også skal arbeide med partnerskap. Det betyr at dei både skal jobbe praktisk med kortsiktige tiltak, og langsiktig med strategiske perspektiv og tiltak. Når koordinatorane har lave stillingsprosentar, kan det vere krevjande å skulle strekkje til på eit så vidt spekter av oppgåver. Dei kan då oppnemne andre til å ivareta og fremje folkehelseperspektiva i planarbeidet, slik at dei ikkje deltar direkte på alle arenaer sjølve.

Erfaringar frå prosjektet

Fylka har varierende opplevingar av **forankring og engasjement i eigen organisasjon**: dei erfarer alt frå god støtte i teorien, men lite innsikt på leiarnivå, til brei politisk støtte, og forankring hos politikarar. Dei fylka som har oppnådd høg legitimitet i folkehelsearbeidet, både politisk og administrativt, har god tverrfagleg forankring. Enkelte folkehelsekoordinatorar/rådgjevarar har jobba hardt og langsiktig for å få innpass i dei rette planfora i fylket. Folkehelsekoordinatorane ønskjer seg rett og plikt til å sørgje for at det deltek nokon som ivaretek folkehelseperspektivet i kommunale planfora.

Ein del kommunar jobbar framleis med å definere kva Helse i plan-arbeidet skal innebere. Vanlege problemstillingar handlar om i kva grad det skal arbeidast for at folkehelseperspektiva blir ivaretatt i alt planarbeid, eller om det skal satsast på å forme eigne kommunedelplanar. Vidare er det ei vanleg problemstilling kva som skal til for å skape haldningsending i politisk og administrativ leiing, slik at Helse i plan kan fungere etter intensjonane. Kommunane meiner at følgjande faktorar er viktige for å forankre folkehelsearbeidet:

- Støtte og legitimitet hos rådmann og ordførar
- Skape ei felles forståing hos leiarar på alle nivå, gjerne gjennom tverrfagleg kompetanseheving
- Arbeide i tverrfaglege grupper, som treffest ofte og jamleg
- Informere politiske fora jamleg
- Synleggjere folkehelseperspektiva i kommuneplanen sin samfunnsdel
- Vere konkret på folkehelsestrategien i kommuneplanen sin arealdel
- Vidareføre folkehelseperspektiva i handlings- og økonomiplanar

Mange folkehelsekoordinatorar i kommunane har kome så langt at det vert rekna som naturleg at dei er med på å setje saman alle typar plangrupper. I dei fleste kommunane er folkehelse nedfelt både i **samfunnsdelen og arealdelen** av kommuneplanane. Men dei færreste har kome så langt at folkehelsearbeidet er prioritert i **handlingsplanar og økonomiplanar**. Av Helse i plan-kommunar, som

har integrert folkehelse tema i ulike delar av planverket, ser vi at fysisk aktivitet ofte er vektlagt (sjå tabell 4).

Tabell 4 Oversikt over dei mest fokuserte temaområda i Helse i plan-kommunane

Samfunnsdelen	Arealdelen	Økonomiplanen	Delplanar/ temaplanar og liknande
Fysisk aktivitet	Grønt- og friluftsområde	Fysisk aktivitet	Fysisk aktivitet
Kultur og helse		Rusforebygging	Mental helse
Grønt- og friluftsområde	Samordna areal- og	Grønt- og	Rusforebygging
Skade- og	transport	friluftsområde	Smittevern
ulykkesforebygging	Universell	Miljøretta/UU/ Kultur og helse	Sosiale og fysiske møteplassar
Tryggleik- / kriminalitetsforebygging	Sosiale og fysiske møteplassar Fysisk aktivitet		

Integrering av sektorar og deltaking i **tverrfaglege samarbeidsgrupper** er ein sentral del av arbeidet med Helse i plan. Følgjande punkt er dei viktigaste erfaringane kommunane har formidla når det gjeld arbeidet i dei tverrfaglege gruppene:

- **Helsetenesta** deltek i stor grad der det er tverrfaglege samarbeidsgrupper i planarbeidet. Det varierer kven som representerer helsefaget, men personleg engasjement ser ut til å vere vel så viktig som stilling eller funksjon.
- **Kommunelegen** uttalar seg i stor grad i samband med reguleringsplanen, og er til dels også involvert i anna planarbeid.
- Eining/avdeling for helse er i stor grad involvert både formelt og i praksis, medan **pleie og omsorg, sosial, og psykisk helse** i mindre grad er involvert, også i praksis.
- **Planseksjon/avdeling** er involvert i planarbeidet, men det blir likevel etterlyst av andre at planavdelinga skal vise større forståing for betydninga av heilskapleg planarbeid for folkehelsearbeidet.
- **Skulane** har høg deltaking i tverrfaglege grupper formelt sett, men den faktiske deltakinga i folkehelsearbeidet er vesentleg lågare. Det same gjeld **eining/avdeling for kultur**.

Mange av kommunane opplever at det kan vere **vanskeleg å få dei tverrfaglege arbeidsgruppene til å fungere i praksis**, sjølv om dei er etablerte på papiret. Samtidig blir tverrfaglege arenaer trekt fram som heilt avgjerande for å auke gjensidig forståing for korleis fagområda heng saman. Ein av grunnane til at tverrfaglege grupper kan vere vanskelege å få til å fungere, kan vere at dei tilsette kjenner seg utrygge på eiga rolle i samarbeidet og kva deira fagkompetanse kan og skal nyttast til i folkehelsearbeidet. Det kan difor vere føremålsteneleg å gjere tydeleg kva ein forventar og ønskjer av dei ulike partane, slik at partane vert trygge på eigen ståstad og eigen rolle.

Kva fungerer godt og kva kan bli betre?

Som Partnerskap, er metodeutviklingsprosjektet Helse i plan eit arbeid der ein må ha eit langsiktig perspektiv. Arbeidet må sjåast som ein modningsprosess der aktørar skal venne seg til nye måtar å samarbeide og tenkje på. Følgjande punkt viser nokre område der Helse i plan-prosjektet ser ut til å fungere godt:

- Ein høgare del av Helse i plan-kommunar samanlikna med andre kommunar har folkehelse tema integrert i planverket sitt.
- Fleire trekkjer fram at folkehelsekompetansen blant administrasjon og politikarar på fylkesnivå og kommunenivå har blitt betre dei siste åra.
- Større gjensidig forståing mellom fagetatar på fylkesnivå og kommunenivå.
- Ein modningsprosess er i gang når det gjeld tverrfagleg samarbeid, og samarbeid mellom frivillige og offentlege aktørar.
- Partnerskaps- og Helse i plan-kommunar etablerer tverrfaglege samarbeidsgrupper i større grad enn andre kommunar.
- Frivillig sektor ser at dei kan vinne på å "melde seg på" tidligare i planprosessar, og ikkje vente til dei blir kalla inn til høringsrunde.

Følgjande forhold er viktige å reflektere rundt for at Helse i plan skal fungere best mogleg:

- Mange peikar på at partnerskapsarbeidet og Helse i plan først og fremst er **organisasjons- og samfunnsutviklingsarbeid**. Dersom dei involverte aktørane ikkje får til endringar i fylkes- og kommuneorganisasjonane, til dømes når det gjeld kommunikasjonslinjer, avgjersler osv, vil det heller ikkje vere lett å lukkast med det praktiske, aktivitetsfokuserede folkehelsearbeidet.
- Det er behov for **meir prosesskompetanse** på både fylkes- og kommunenivå. Helsedirektoratet bør bidra til å heve prosesskompetansen i fylka og fylka bør i større grad yte meir prosesskompetanse overfor kommunane.
- Det er viktig at kommunane kjenner seg trygge på **kor langt dei kan gå med heimel i Plan- og bygningslova**, utover å forankre folkehelseperspektiva i samfunnsdelen og til ein viss grad i arealdelen. Kompetanseheving på dette er viktig.
- Det er eit tankekors at folkehelsekoordinatorane opplever at planavdelingane er lite involverte i folkehelsearbeidet medan tal frå den kvantitative undersøkinga viser at 65% av kommunane, som er med i Helse i plan, oppgir at planavdelingane er formelt med i tverrfaglege samarbeidsgrupper. At folkehelsekoordinatorane opplever planavdelinga som fråverande, kan tyde på **eit skilje mellom formell og faktisk deltaking**.
- I planavdelingane manglar dei helsekompetanse og helseavdelingane manglar plankompetanse. Det kan sjå ut som at den største utfordringa er å heve folkehelsekompetansen i planavdelingane.
- Dei ulike sektorane si varierende deltaking i folkehelsearbeidet, tyder på at arbeidet med Helse i plan (og Partnerskap for folkehelse) i liten grad er godt integrert i kommuneorganisasjonen. Det kan tyde på at det trengst nye tilnæringsmåtar og at det ligg ei utfordring i å **formidle folkehelse temaet sin relevans og legitimitet**.

4. Kommnehelseprofilar

Nettstaden Kommnehelseprofiler er eit **arbeidsverktøy**, lagt til rette for kommunane til bruk i planleggingsarbeidet. Den gir kunnskap om helsetilstanden i norske kommunar og forhold som påverkar denne. Nettstaden inneheld følgjande:

- Statistikkverktøyet *Kommnehelseprofiler* som tilbyr statistisk behandla og tilrettelagt kunnskap på kommune- og fylkesnivå. Indikatorane i verktøyet er inndelt i fire kategoriar: 1) Risikofaktorar og beskyttande faktorar, 2) Helseteneste, 3) Demografiske og sosioøkonomiske data, 4) Helsetilstand
- *Kommunebarometer*, som er ein ferdig oppstilt figur der gitte indikatorar inngår. Figuren gjer det mogleg å samanlikne gjennomsnittleg score på indikatorane i eigen kommune, med eige fylke og med landsgjennomsnittet.
- *Aktuelt*, som er oppstartssida med stoff som kan vere interessant for kommunane
- *Faktaark*, som fungerer som supplement til tala i statistikkverktøyet
- *Tiltakspakkene*, inneheld handlingsplanar, rettleiarar, stortingsmeldingar o.l.
- *Gode eksempel* frå lokalt folkehelsearbeid
- *Dokumenterte effektar av tiltak*, viser resultat frå forskning, program og satsingar

Den nye planlova frå 2009 integrerer folkehelse i kommunal planlegging. Det er eit nasjonalt mål at kommunane skal nytte kommuneplanen sin samfunnsdel som styringsverktøy for å integrere folkehelsearbeidet i kommunal politikk og tiltak. For at kommunane skal kunne gjennomføre god planlegging på folkehelse tema, så treng dei tilgang til god kunnskap om fleire forhold i kommunen. Nettstaden Kommnehelseprofiler, med innhaldet nemnt ovanfor, gir kommunane denne kunnskapen.

Funn frå evalueringa

Evalueringa viser at **kjennskap til nettstaden** varierer. Tabellen under viser ei oversikt over kor mange av respondentane som kjenner til nettstaden og om dei har besøkt sidene.¹

Tabell 5 Del som kjenner til kommnehelseprofilane og som har besøkt dei. Prosent (heile tal i parentes).

Funksjon	Planleggjarar (N=167)	Folkehelsekoordinatorar (N=186)
Kjenner ikkje til	70 (116)	30 (56)
Kjenner til	31 (51)	70 (130)
Har besøkt	81 (42) N=51	88 (114) N=130

Respondentar frå dei minste kommunane, det vil seie kommunar med 3000 innbyggjarar eller færre, kjenner i mindre grad til profilane enn respondentar frå dei større kommunane.

¹ Basert på survey til folkehelsekoordinatorar og planleggjarar i alle kommunar, i tillegg til intervju med dei same kommunale aktørane i ti kommunar (strategisk utval)

På nettstaden Kommnehelseprofiler blir statistikkverktøyet Kommnehelseprofiler mest besøkt, deretter Kommunebarometeret. Tiltakspakkene er minst besøkt. Faktaark er litt besøkt, medan Aktuelt, Dokumenterte effekter av tiltak og Gode eksempler er lite besøkt.

Både folkehelsekoordinatorane og planleggjarane søker mest etter informasjon som omhandlar **social ulikskap i helse**. Begge respondentgruppene har informasjon om **fysisk aktivitet** på andre plass når det gjeld kva dei søker informasjon om. Den store interessa for desse områda kan henge saman med at det er tema som det for tida er mykje merksemd på. Vidare søker planleggjarane informasjon om tema som tilhøyrrer fysisk planlegging: universell utforming, miljøretta helsevern og grøntområde/friluftsområde. I tillegg til sosial ulikskap i helse og fysisk aktivitet, søker folkehelsekoordinatorane informasjon om ernæring, miljøretta helsevern og skade- og ulykkesførebygging. Informasjonen det blir søkt etter blir i hovudsak brukt til **fagleg kompetanseheving og kartlegging** i det daglege arbeidet, og blir i nokon mindre grad brukt inn mot folkehelseiltak og kommunedelplanar. Informasjonen er lite brukt til strategiske enkeltvedtak og konsekvensutgreiingar. Ingen seier at dei har brukt informasjonen i samband med utbyggingar.

Dei fleste respondentane svarer "godt" og "både-og" i sine vurderingar av korleis statistikkverktøyet Kommnehelseprofiler fungerer. Nettstaden blir vurdert som anvendelig, men likevel blir det etterlyst **meir kunnskap om kommunale planar og planprosessar**: korleis sette i gang og drive prosessar, samt korleis gjere om kunnskap om viktige tema til konkrete tiltak. Respondentane finn det utfordrande å omsette kunnskap om sosioøkonomiske indikatorar – som relaterer seg til sosial ulikskap i helse – til praktiske tiltak.

Kva fungerer godt og kva kan bli betre?

Mange kommunale aktørar kjenner ikkje til verken nettstaden eller statistikkverktøyet Kommnehelseprofiler. Undersøkinga viser likevel at nettstaden har eit **potensial** fordi den samlar offentleg informasjon om folkehelserelaterte tema og kunnskap om kommunane på ein stad. Mange kommunale aktørar viser begeistring når dei får tilgang til nettstaden, og ein stor del av respondentane meiner at kommnehelseprofilane gir relevant kunnskap for folkehelsearbeidet. Dei fleste av dei som har vore inne på heimesidene vurderer kommnehelseprofilane som eit godt statistikkverktøy.

Dei følgjande punkta er viktige for at nettstaden i størst mogleg grad skal kome til nytte i det kommunale folkehelsearbeidet:

- Informasjon om nettstaden må bli gitt på ein slik måte at kommunane oppfattar det som umiddelbart aktuelt for dei. Informasjonen må vere **målretta mot problem og utfordringar** kommunane opplever.
- Informasjonen bør nå **medarbeidarar i planavdelingane**, ikkje berre vere retta mot folkehelsekoordinatorane.

- **Sosial ulikskap i helse** er eit tema som mange ønskjer meir informasjon om. For mange kommunale aktørar er det ikkje ein opplagt link mellom "demografiske og sosioøkonomiske variablar" og "sosial ulikskap i helse". Det er ei utfordring for Helsedirektoratet å gi informasjon som knyter desse stikkorda saman.
- **Små kommunar** har i større grad behov for eksternt tilrettelagt kunnskap om eigne forhold enn større kommunar. Små kommunar kan likevel ikkje alltid hente ut informasjonen som dei treng, ettersom talmaterialet for desse kommunane kan vere så lite at det er utelate på grunn av anonymitet og statistisk utsegnskraft. Utfordringa for Helsedirektoratet blir dermed å legge til rette for, og å gi informasjon som fører til at fleire kommunar kan stå fram som og handsamast som eitt geografisk område i statistisk samanheng.
- Folkehelsearbeidet må fokuserast på som eit **tverretatlig arbeidsområde**. Undersøkinga viser at det er ei utfordring å koordinere og samordne folkehelsearbeidet på kommunalt nivå, og at planleggjarar til ein viss grad oppfattar helsefaglege spørsmål og spørsmål om sosial ulikskap i helse som lite relevant for eige arbeid. Ei integrering mellom kommunale arbeids- og fagområde bør bli løfta fram både i informasjonsarbeidet for å selje inn kommunehelseprofilane som eit godt verktøy og når det gjeld kva kunnskapsbaserte tekstar som blir lagde ut på nettstaden.

5. Avsluttande kommentarar

Siktemålet med Partnerskap for folkehelse og Helse i plan er å sjå folkehelse i ein heilskapleg samanheng, der oppgåver vert løyste på tvers av forvaltningsnivå, fag og sektorar. Tiltaka ser ut til å være gode grep med tanke på å fremme folkehelse.

Når Helsedirektoratet framover skal bidra til å styrke det lokale folkehelsearbeidet, er det viktig å vere merksam på at tiltak som Partnerskap for folkehelse, Helse i plan og Kommunehelseprofiler er dynamiske verktøy, som stadig må vidareutviklast i tråd med behov i kommunar og fylkeskommunar.

I arbeidet med Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, vert folkehelsedata etterspurt. Samstundes er det store utfordringar både når det gjeld å utarbeide variablar for å måle folkehelsestanden og å bruke slike data.

Kommunehelseprofiler kan gi ei oversikt over folkehelsestanden, men for at verktøyet skal fungere føremålstenleg, må det utviklast vidare.

Felles for alle tre tiltaka, er behovet for å diskutere omgrepa som ligg til grunn for folkehelsearbeidet. Tilnærminga til førebyggjande og helsefremmande arbeid er avhengig korleis ein forstår omgrepa *helse* og *folkehelse*.

Sameleis må ein vere bevisst på kva betydning som vert lagt i omgrepet partnerskap. Partnerskap handlar både om sjølvstendig autonomi i partnerskapen, og om at myndigheitene har behov for å legge premissar for partnerskap.

Særskilte trekk ved partnerskap er likeverd, tillit og gjensidig binding. Dersom partnerskap fullt ut skal fungere etter slike intensjonar, har det konsekvensar for organisering av og samarbeid i partnerskap.