



International Research Institute of Stavanger

www.iris.no


Mary G. Billington, Brita Gjerstad og
Svein Ingve Nødland


**Folkehelse i støpeskjeen- status og
utfordringer sett fra kommuner i
Rogaland**


Rapport IRIS - 2014/248

Prosjektnummer: 725 2343
Prosjektets tittel: Folkehelse i støpeskjeen
Oppdragsgiver(e): Rogaland Fylkeskommune/Regionalt Forskningsfond Vestlandet
ISBN: 978-82-490-0842-1
Gradering: Åpen

Stavanger 22.august 2014


Svein Ingve Nødland 22.08.14
Prosjektleder


Terje Lie 15.08.14
Kvalitetssikrer


Einar Leknes 15.08.14
Direktør
IRIS Samfunnsforskning

Forord

Dette er en rapport fra et forprosjekt/kvalifiseringsprosjekt. Prosjektet er støttet av Regionalt Forskningsfond Vestlandet. Rogaland Fylkeskommune er prosjekteier og har også bidratt økonomisk.

Bakgrunnen for prosjektet har vært den nye Folkehelseloven og det ansvar og de oppgaver denne gir til kommuner og fylkeskommune i folkehelsearbeidet. Dette arbeidet er ennå i støpeskjeen og vi har kartlagt status i folkehelsearbeidet så langt og utfordringer som man står overfor.

Mange takk til våre kontakter i Rogaland Fylkeskommune for samarbeidet. Vi vil også takke alle personer fra Lund, Finnøy, Haugesund og Stavanger kommuner, Rogaland Fylkeskommune og Fylkesmannen i Rogaland som har stilt opp på gruppesamtaler/intervjuer.

Stavanger, 04. september 2014

Svein Ingve Nødland, prosjektleder

Innhold

Sammendrag	7
1 INNLEDNING	11
1.1 Bakgrunn om folkehelse i Norge	11
1.2 Ny folkehelselov	12
1.3 Undersøkelsens mål og problemstillinger	14
1.4 Undersøkelsesopplegg og metode	15
1.5 Rapporten	19
2 INNRETNING AV FOLKEHELSEARBEIDET	20
2.1 Innledning.....	20
2.2 Kommunenes og fylkeskommunens forståelse av folkehelse.....	21
2.3 Hvordan fungerer en bred tilnærming til folkehelsearbeidet?	29
3 KUNNSKAPSBASERT FOLKEHELSEARBEID.....	33
3.1 Hva ligger i begrepet kunnskapsbasert folkehelsearbeid?	34
3.2 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i case- kommunene	36
3.3 Sammenfattende vurdering	41
4 FOLKEHELSE SOM SYSTEMATISK PLANLEGGING	43
4.1 Innledning.....	43
4.2 Planlegging i kommunene	44
4.3 Oppsummerende vurdering	48
5 FOLKEHELSE SOM SAMSTYRING	51
5.1 Innledning.....	51
5.2 Intern samhandling om folkehelse i kommunene	52
5.3 Eksterne relasjoner med hensyn til folkehelse	54
5.4 Oppsummerende drøfting.....	58
6 OPPSUMMERENDE DRØFTING.....	61
6.1 Innledning.....	61
6.2 Delmål 1: Innretning av folkehelsearbeidet	61
6.3 Delmål 2: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid	62
6.4 Delmål 3: Folkehelse som systematisk planlegging	63
6.5 Delmål 4: Folkehelse som samstyring	64
REFERANSER.....	67
VEDLEGG	69

Sammendrag

Den nye folkehelseloven legger et tydelig ansvar på kommuner og fylkeskommune når det gjelder folkehelsearbeid. Kommunene gis et hovedansvar for å fremme folkehelse og koordineringsoppgavene i arbeidet med dette. Fylkeskommunen har en særskilt rolle som pådriver overfor kommunene.

Denne rapporten dokumenterer hvordan Rogaland fylkeskommune og fire kommuner i Rogaland, Lund, Finnøy, Stavanger og Haugesund har kommet i gang med sitt folkehelsearbeid. Studiens overordnede mål har vært å formidle kunnskap om de muligheter og utfordringer som foreligger med hensyn til hvordan fylkeskommune og kommuner kan styrke sin innsats i arbeidet med folkehelse. Grunnlaget for studien, gjennomført som et forprosjekt, har vært gruppeintervjuer og intervjuer med enkeltpersoner, samt dokumentstudier.

Vi vil i det følgende ta for oss ulike delmål/deltema i studien, og beskrive hovedfunn i våre undersøkelser. Vi skal videre peke på utfordringer som man står overfor i tilknytning til de ulike tema.

Innretning av folkehelsearbeidet

Den nye folkehelseloven og folkehelsepolitikken legger til grunn en bred forståelse av hva folkehelse er. Det omfatter i prinsippet alle de faktorer som direkte eller indirekte kan påvirke befolkningens helse og trivsel. Vår studie viser at denne brede forståelsen av hva folkehelse er, får gehør. Kommuner og fylkeskommune baserer seg på en forståelse av folkehelse som omfatter alle slags påvirkningsfaktorer som påvirker livs- og helsesituasjonen. Sosiale ulikheter løftes frem som et prioritert område, noe som også er i samsvar med den nasjonale folkehelsepolitikken.

Det er samtidig utfordrende å arbeide med dette. Folkehelse er et tilnærmet universelt begrep. Av dette følger imidlertid ikke at man til ethvert tidspunkt kan jobbe like mye med alle områder. Det er viktig at kommunene i sitt folkehelsearbeid har en retningsgivende visjon for hva man vil vektlegge i en gitt planperiode. De står videre overfor en del sentrale utfordringer av overordnet karakter som må gjennomtenkes og vektlegges i det strategiske arbeidet: (i) Økonomiske budsjetter direkte allokert til folkehelsearbeid er forholdsvis begrenset. (ii) Samtidig som folkehelsearbeid i stor grad defineres som et offentlig anliggende, handler det i siste instans mye om den enkeltes ansvar for egen helse. Det forutsetter at det også arbeides med informasjon og holdningsskapende arbeid. (iii) Det kan være krevende å innarbeide ansvar for folkehelse i virksomhetsområdene, hvor folkehelse er ett av mange sidetema som kommer i tillegg til virksomhetenes hovedmål.

Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Folkehelseloven har som målsetting at fylkeskommune og kommuner skal drive et kunnskapsbasert og målrettet folkehelsearbeid. De skal innhente og skriftlig dokumentere informasjon om folkehelseutfordringer og årsaker til disse. Dette skal gi

grunnlag for å drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Våre undersøkelser viser at det har vært arbeidet systematisk med dette. I kommunene vet man ganske mye om på hvilke områder man står overfor problemer.

Det skal samtidig understrekes at det er krevende å skaffe seg så omfattende kunnskap som ønsket for å kunne sette inn tiltak og prioritere hva man skal gjøre. Kommunene vet mye om hvilke folkehelseproblemer som er utbredt. Folkehelseinstituttets profiler og andre statistiske oversikter er nyttige og blir brukt. For en rekke tema og spørsmål gis det imidlertid uttrykk for at kunnskapen er mangelfull. En mangler gjerne kunnskap om lokalt medvirkende årsaker til folkehelseproblemer. Hvorfor er eksempelvis enkelte sosiale problemer særskilt utbredt i kommunen? En har også mangelfull kunnskap om hvordan det kan jobbes lokalt med folkehelseproblemer. Hvilken effekt har ulike virkemidler på utvalgte folkehelseproblemer? For å forstå dette er det påkrevd med et bredt kunnskapstilfang hvor man både baserer seg på annen forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap fra befolkningen. Når det gjelder utfordringer fremover vil vi særlig understreke betydningen av at det i kommunene innhentes informasjon og gjøres undersøkelser av sammenhenger mellom vesentlige folkehelseproblemer og den lokale konteksten som bidrar til problemene.

Folkehelse som systematisk planlegging

Myndighetene vektlegger betydningen av å se folkehelseutfordringer og samfunnsplanlegging i sammenheng. I lovverket, Folkehelselov og Plan- og bygningslov, legges det opp til at folkehelse skal inngå i kommunenes planarbeid. Dette gjøres eller er i ferd med å skje i fylkeskommune og kommuner. Rogaland fylkeskommune har laget en egen folkehelseplan. To av kommunene, Stavanger og Lund, har arbeidet med egne folkehelseplaner. Haugesund har lagt fram utkast til handlingsplan. Finnøy har ikke laget noen folkehelseplaner. Alle kommunene vil innarbeide folkehelse i kommuneplanen. Men bare Stavanger har realisert dette – så langt. Stavanger kommune har også kommet langt i det å integrere folkehelse i en rekke delplaner og temaplaner, og har kommet lengst i arbeidet med å integrere folkehelse i planleggingen.

Kommunene står fortsatt overfor betydelige utfordringer når det gjelder videre arbeid med å integrere folkehelse i planlegging. Man har på den ene side kommet et godt stykke på vei når det gjelder folkehelse i planer på overordnet nivå, i kommuneplaner og til dels folkehelseplaner. Disse bidrar til å sette folkehelse på dagsorden på et overordnet politisk og administrativt plan. Dersom kommunene på den annen side arbeider med å integrere folkehelse i planer på lavere nivåer, tema- og delplaner, vil man kunne oppnå en annen type effekt, nemlig at folkehelse som tema har holdnings- og meningsdannende betydning for implementering av konkrete tiltak på virksomhetsnivå. M.a.o. at folkehelse blir en av de faktorene, ved siden av f.eks. økonomi, som blir tatt med i vurderingene når ting skal gjøres.

Folkehelse som samarbeid på tvers (samstyring)

Folkehelse er i sin karakter en tverrsektoriell oppgave. Det er ikke en typisk sektor underlagt en tradisjonell administrativ styringsmodell slik man finner på andre områder som helse, samferdsel og skole. Det finnes i kommunene personer med særskilt ansvar for å koordinere virksomhet på feltet. Men det finnes ikke enheter med operativt ansvar for å gjennomføre folkehelsepolitikken. Den forutsettes gjennomført gjennom en rekke aktører; helsetjenester, tekniske virksomheter, frivillige virksomheter mv. som ikke har folkehelse som primæroppgave. Iverksetting av folkehelsepolitikk forutsettes i hovedsak gjennomført ved samarbeid på tvers, gjennom samstyring, og ikke via typiske organisasjonshierarkier.

Kommunene er i ferd med å utvikle strukturer når det gjelder dette, også utover folkehelserelatert planlegging som er beskrevet over. I alle fire kommunene finnes det folkehelsekoordinatorer. Folkehelsekoordinatorrollen har imidlertid, slik den i dag fungerer, ikke noen sentral rolle i kommunens organisasjon. Det synes å handle mer om aktivt å «selge inn» idéer og synspunkter til viktige aktører, enn om å ha formell myndighet og rett til innspill i forhold til kommunale prosesser. Når det gjelder folkehelsefora, mangler en av kommunene dette. I de øvrige kommunene har folkehelsefora i varierende grad forankret til administrativt ledelsesnivå og til det politiske nivå. Det synes således å være mulig å styrke folkehelsefunksjonen som tverrsektorielt organ både ved å gi tydeligere myndighet til folkehelsekoordinatorrollen og ved å forankre folkehelsefora sterkere i forhold til administrativ og politisk ledelse.

Av eksterne aktører er fylkeskommunen er en sentral støttespiller. Samarbeidet finner sted gjennom nettverksrelasjoner og egne partnerskapsavtaler. De mindre kommunene vektlegger i større grad, enn de større, betydningen av dette samarbeidet. Fylkeskommunens bidrag er i hovedsak relatert til hvordan folkehelsearbeidet drives strategisk, planmessig og organisatorisk. I mindre målestokk handler det om økonomiske bidrag. Ei heller staten bidrar økonomisk i særlig grad.

Utfordringer for fylkeskommunen fremover kan knyttes til flere av de forhold som er beskrevet foran. Det er naturligvis behov for ytterligere rådgivnings- og mobiliseringstiltak overfor kommunene når det gjelder videre utvikling av folkehelserelaterte planregimer og styrking av den interne organisering i kommunen. Der hvor fylkeskommunen som ekstern aktør og støttespiller kanskje i størst grad kan ha en rolle overfor kommunene, er ved å jobbe videre med å bidra til at folkehelse blir kunnskapsbasert. Særlig viktig er det å bistå når det gjelder innsamling og bruk av kunnskap av lokal relevans og anvendbarhet. Flere områder kan trekkes frem: (i) videre utvikling av oversikter/database med referanser til forskning og andres erfaringer med folkehelseiltak, og som gjøres tilgjengelig for kommunene, (ii) bistand med tenkning rundt analysedel av skriftlige utfordringsdokumenter som grunnlag for strategier og planarbeid, (iii) assistanse når det gjelder utvikling av indikatorer for folkehelsearbeid og innhenting av lokal erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap, samt (iv) gjennomføring av evalueringer eller støtte til evaluering av lokale folkehelseiltak

1 Innledning

På oppdrag fra Rogaland fylkeskommune har IRIS gjennomført et forprosjekt om folkehelsearbeid. Prosjektet har vært todelt. Den klart største delen av forprosjektet har bestått av en undersøkelse av hvordan sentrale elementer i den nye folkehelseloven fortolkes og arbeides med i fylkeskommunen og utvalgte kommuner i Rogaland. Denne delen har hatt et spesielt fokus på utfordringer og organisatoriske tilnærminger sett fra kommunene sin side. En undersøkelse av relativt begrenset omfang gir imidlertid ikke grunnlag for å svare inngående på alle spørsmål, snarere gir den et sveip over flere tema og en introduksjon til problemer og utfordringer man står overfor. Prosjektets andre del har derfor handlet om å arbeide med innhold i en mulig søknad om et hovedprosjekt i samarbeid med Rogaland Fylkeskommune. I denne rapporten dokumenteres oppdragets første del. Det er jobbet med skisser/idéer til innhold i et eventuelt hovedprosjekt, men disse er ikke tatt med i denne rapporten.

Håpet er at innsikt ervervet gjennom denne undersøkelsen og som presenteres i denne rapporten skal hjelpe fylkeskommunen og kommunene til å styrke sin innsats i folkehelsearbeidet i tråd med ambisjonene i ny folkehelselov.

I dette innledende kapitlet starter vi med et kort tilbakeblikk på det norske folkehelsearbeidet. Deretter gjør vi rede for den nye folkehelseloven og de mål og retningslinjer som denne gir for arbeidet med folkehelse. På bakgrunn av loven presenterer vi noen sentrale problemstillinger som kommunene står overfor når det gjelder tilnærming og organisering av arbeidet på folkehelseområdet, og som vi har tatt for oss i vår undersøkelse. Vi gjør også rede for vår metodiske tilnærming i arbeidet. Til sist følger en beskrivelse av innhold i rapporten.

1.1 Bakgrunn om folkehelse i Norge

I Norge er det lange tradisjoner for at det offentlige tar ansvar for befolkningens helse. Kommunene var tidlig ute, og før staten, med innsats for å bedre den generelle helsetilstanden i befolkningen. Mens Statens institutt for folkehelse, det som senere ble Folkehelseinstituttet, ble grunnlagt i 1929, ble de første sunnhets- og karantene-kommisjonene opprettet i byene allerede på 1700-tallet. Etter hvert ble de også etablert ved flere sjøfartssteder. Kommisjonene hadde som sentrale oppgaver å iverksette tiltak for å forebygge epidemier og andre smittsomme sykdommer. De inngikk i en innsats som har favnet vidt: både strategier, tiltak, oppbygging av institusjoner og reguleringer er elementer i det offentlige helsearbeidet. Utbedret vannforsyning, vaksiner, forbud mot dyrehold i tett befolkede bystrøk, helsekontroll av prostituerte, bedre hygiene i offentlige bygg og rådgivning om personlig hygiene er alle eksempler på tiltak iverksatt for å bedre helsetilstanden i befolkningen.

I all hovedsak har arbeidet vært forebyggende (Elvebakken og Riise 2003). Dette henger sammen med at innsatsen har vært rettet mot det som til enhver tid har utgjort de

største helsetruslene. Lenge bestod truslene av epidemier og smittsomme sykdommer som det ikke fantes noen kjente behandlinger for, så som spedalskhet, kolera og tuberkulose, for å nevne noen. Arbeidet med å få bukt med disse handlet først og fremst om tiltak for å hindre utbrudd. En har med andre ord vært opptatt av sykdomsforebygging. Først etter andre verdenskrig har den behandlende delen av helsevesenet blitt vesentlig styrket (Elvebakken og Riise 2003).

Mye av den offentlige innsatsen for å bedre helsetilstanden i befolkningen har vært arbeid som vi i dag kaller folkehelsearbeid. Folkehelse er, ifølge Store medisinske leksikon, benevnelsen på helsetilstanden i en avgrenset befolkning, en helsetilstand som er noe annet og mer enn summen av enkeltindividenes helse ved at den også tar opp i seg økonomiske, fysiske, psykiske og miljømessige forhold¹. Folkehelsearbeid defineres i WHO's Ottawa-charter² (1986) som «samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme folkehelse». Den norske forståelsen av hva folkehelsearbeid går ut på bygger på WHO's definisjon.

På begynnelsen av 2000-tallet ble det sagt at «Folkehelsearbeid innebærer å svekke det som medfører helserisiko, og styrke det som bidrar til bedre helse.» (St.meld. nr. 16 (2002-2003), s. 6) Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.). Den enkelte har ansvar for egen helse, men forhold knyttet til samfunnsutviklingen og utenfor den enkeltes kontroll påvirker folkehelsen. Begge sider vektlegges i folkehelsepolitikken slik den ble fremmet i meldingen. Søkelyset var på livstilproblemer, blant annet på hvordan kosthold og fysisk inaktivitet bidrar til hjerte- og karsykdommer og kreft, samt vesentlige sosiale skjevheter når det gjelder helseproblemer og faktorer som påvirker helsen. Man hadde et særskilt fokus på hva som påvirker helsen, den enkeltes ansvar for å ivareta egen helse, og på strategier i form av handlingsplaner, tiltak og samarbeid som bygger opp under dette.

I stortingsmeldingen om samhandlingsreformen noen år senere i 2008 het det at folkehelsearbeid er samfunnets samlede innsats for å fremme helse, redusere risiko for sykdom og skade og beskytte mot ytre helsetrusler (St. meld. nr. 47 (2008-2009), s. 73).

1.2 Ny folkehelselov

Ny folkehelselov ble gjort gjeldende fra 1.1.2012. Gjennom den nye folkehelseloven får fylkeskommunen og kommunene en tydelig plikt til å ha oversikt over lokale helseutfordringer og til å gjøre noe med dem. Det lokale folkehelsearbeidet må styrkes slik at kommunene kan iverksette nødvendige tiltak for å møte helseutfordringene.

Kommunene gis i loven et særskilt ansvar når det gjelder folkehelsearbeid.

«Den skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning

1 www.sml.snl.no/folkehelse

2 <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen» (Folkehelseloven § 4).

Videre heter det i paragrafen at kommunene skal benytte de virkemidler man har tilgjengelig og at de skal medvirke til at også andre myndigheter ivaretar helsemessige hensyn, samt at det legges til rette for samarbeid med frivillig sektor.

Det nye som kommer med loven er at kommunene gis et hovedansvar for å fremme folkehelse og koordineringsoppgaver i arbeidet med dette. Folkehelseloven er en del av samhandlingsreformen hvor som kjent kommunene har fått økt ansvar for tidlig behandling, forebygging og oppfølging av pasienter hjemmehørende i kommunen. Et sentralt motiv for å gi kommunene særskilt ansvar for folkehelse er at de får et virkemiddel for å styrke helsetilstanden i kommunen, og dette tenkes å kunne demme opp for veksten i behovet for helse- og omsorgstjenester. Det er nemlig kommunen som sådan som får et større ansvar, ikke bare den kommunale delen av helse- og omsorgstjenestene som før var pålagt ansvar for folkehelse etter kommunehelsetjenesteloven.

Lokalt skal mål og strategier for folkehelsearbeidet forankres politisk. Folkehelsepolitikken skal dessuten forankres i planprosessene etter plan- og bygningsloven. Nasjonalt, i folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 (2012-2013)) er det angitt tre mål med folkehelsearbeidet:

- Norge skal være blant de tre landene i verden med høyest levealder,
- befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller, og
- det skal skapes et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Dette er omfattende og ambisiøse målsettinger og impliserer at folkehelse som tema blir særdeles vidtfavnende. Erkjennelsen av 'Helse i alt vi gjør' er et kjernepunkt i folkehelsearbeidet. Kommunene må som hovedansvarlig for folkehelse i sin politikkutforming sikre seg at man fanger opp bredden av faktorer som påvirker folkehelsen og som fremmer de overordnede målene for folkehelsearbeidet. For å jobbe effektivt og målrettet med dette må man samtidig sikre seg at man har fokus og foretar prioriteringer med hensyn til gjennomføring av politikken.

Dette er ikke helt enkelt. Bredde og fokus står semantisk og begrepsmessig i et visst spenningsforhold til hverandre. Anvendt på folkehelsearbeidet: Skal en kommune jobbe like intensivt med alt som påvirker folkehelsen, står man i fare for ikke å få gjort så mye, fordi kapasiteten er begrenset og ressursene må smøres utover. Legges vekten på enkeltprosjekter, kan det omvendt skje at man overser vesentlige og sentrale folkehelseutfordringer.

I den nye folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 (2012-2013) Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar) har det skjedd et skift i vektlegging sett i forhold til den forrige folkehelsemeldingen. Som den forrige gir også den siste meldingen et bilde av de helsemessige utfordringene. Man har nå spesielt lagt vekt på hvordan kommunene skal gå frem for å håndtere utfordringene når det gjelder politikkutforming og iverksetting.

Blikket rettes mot de *overordnede rammer for folkehelsearbeidet*: Dette handler om å ha (i) oppmerksomheten rettet mot forebygging hvor *alle sektorer i lokalsamfunnet* og ikke bare helsetjenestene inngår; (ii) fokus på *systemet* av aktører relatert til folkehelse med kommunen som hovedaktør; samt at (iii) kommunene skal styre folkehelsearbeidet på en målrettet måte ved at dette skal være *systematisk* (iii) *kunnskapsbasert* og (iv) *integreres i kommunale planer*.

I den tilnærming som er valgt i folkehelsepolitikk og folkehelselov har man forsøkt å forene de tematiske breddeutfordringene med prinsipper for organisering med iverksetting av et målrettet folkehelsearbeid. I avsnittet som følger gjøres det rede for de problemstillingene som vedrører dette og som vi har valgt å se nærmere på i dette forprosjektet.

1.3 Undersøkelsens mål og problemstillinger

Hovedmålet med forprosjektet er å utvikle og formidle kunnskap om hvordan fylkeskommunen og kommunene kan styrke sin innsats i folkehelsearbeidet i tråd med den nye folkehelseloven.

Denne hovedmålsettingen er i prosjektbeskrivelsen konkretisert i flere delmål. Delmålene knytter seg i hovedsak til undersøkelsen, og adresserer sentrale tema i folkehelsearbeidet. Disse temaene er³: (i) innretning av folkehelsearbeidet; (ii) et kunnskapsbasert folkehelsearbeid; samt politisk og administrativ forankring gjennom (iii) planlegging og (iv) organisering av folkehelsearbeid.

Delmål 1: Undersøke om det i folkehelsearbeidet skjer en dreining bort fra et tradisjonelt sykdoms-/helseperspektiv til et *bredere lokal-samfunnsperspektiv*.

Folkehelsepolitikken legger, som det er gjort rede for foran, til grunn en bred forståelse av folkehelsearbeidet. Her har vi sett på hvilken innretning kommunene har i folkehelsearbeidet. Hvilke forhold er det som vektlegges i måten man tenker om folkehelse på, og hvilke konkrete tiltak iverksettes? Har man et tradisjonelt sykdoms-/helseperspektiv på folkehelsearbeidet, hvor dette ses i relasjon til bestemte sykdommer og diagnoser? Eller legger man et lokalsamfunnsperspektiv til grunn der oppmerksomheten i større grad rettes mot oppvekst- og levekår i nærmiljøet som påvirkningsfaktor på helsen generelt sett?

³ Sammenholdt med prosjektbeskrivelsen har vi valgt å la delmål 1 og delmål 2 bytte plass. Begrunnelsen for at vi i rapporten har valgt først å se på innretning av folkehelsearbeidet er at vi ser det formålstjenlig først å fokusere målene før vi vektlegger virkemidler og organisering.

Delmål 2: Undersøke status i fylkeskommune og kommuner når det gjelder å drive et *kunnskapsbasert folkehelsearbeid*.

I folkehelseloven forutsettes det at folkehelsearbeidet skal være kunnskapsbasert. En sentral problemstilling er derfor å undersøke i hvilken grad kommunene skaffer seg kunnskap og har oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som påvirker denne. Hva slags kunnskapsperspektiv ligger til grunn og hva slags kunnskap er det eventuelt man savner?

Et relevant spørsmål er om allerede innhentet kunnskap er blitt operasjonalisert i tiltak og aktiviteter. Det må imidlertid understrekes at den korte tiden det har gått siden den nye folkehelseloven ble vedtatt, antagelig skaper begrensninger i hvor raskt ny informasjon og kunnskapstilfang kan omsettes i konkret handling.

Delmål 3: I lovverket legges det opp til at folkehelse skal integreres i kommunenes *planarbeid* i tråd med plan og bygningsloven.

Vi vil i tråd med dette undersøke hvordan folkehelsearbeidet blir integrert i egne folkehelseplaner, i kommuneplaner og i andre planformer. Dette gir både et bilde av hvordan folkehelse konkretiseres, og samtidig en indikasjon på hvordan det forankres politisk, administrativt og faglig.

Delmål 4: Folkehelsearbeidets bredde og tverrsektorielle preg setter krav til at aktører *samhandler og samarbeider*.

Samstyring (engelsk: governance) er et perspektiv som anvendes på prosesser hvor ulike organisasjoner/aktører forutsettes å samarbeide i retning av felles mål. Vi har sett på om det oppstår nye former for samstyring i kommunene og i forhold til fylkeskommunen, og om disse, sammen med en forsterket pådriver- og koordinatorrolle for fylkeskommunen, sikrer et bedre folkehelsearbeid.

Delmål 5: Et siste delmål handler om å videreføre undersøkelsen til et hovedprosjekt. Undersøkelsen gir et godt innblikk i kommunenes folkehelsearbeid, samtidig som den har sine begrensninger. Vi har vurdert problemstillinger som peker seg ut som særlig interessante, og som det kan være aktuelt å gå videre med.

1.4 Undersøkelsesopplegg og metode

For å belyse forskningsspørsmålene har vi valgt casestudier som hovedtilnærming og basert oss på innhenting og analyse av kvalitative data gjennom fokusgruppeintervjuer, individintervjuer og dokumentstudier. Dette valget er blant annet begrunnet i a) prosjektets tidsmessige og økonomiske omfang og b) et ønske om å ha et nedenfra- og opp-perspektiv.

Det finnes allerede omfattende rapporter som gir en bredere oversikt over folkehelsearbeidet i kommuner og fylkeskommuner i Norge, delvis med et ovenfra- og ned-perspektiv. For eksempel har Norsk institutt for by – og regionforskning (NIBR) på oppdrag for Helsedirektoratet gjennomført en kartlegging (elektronisk skjema) av folkehelsearbeid i samtlige kommuner og fylkeskommuner (Helgesen og Hofstad 2012). NIBR-rapporten er basert på en kartlegging som ble foretatt i forkant av at folkehelseloven trådte i kraft. Det er planlagt flere omfattende kartlegginger som vil bygge videre på NIBR-rapporten. (Helsedirektoratet, 2013, status for samhandlings reformen)

En casetilnærming som her er brukt vil ikke gi generaliserbare konklusjoner. I stedet for å gå i bredden utvikler vi forståelse og kunnskap ved å gå mer i dybden. Den viktigste begrunnelsen for å velge casestudier handler således om det tema som er gjenstand for undersøkelsen. Tittel på forprosjektet er «Folkehelse i støpeskjeen». Med denne overskriften pekes på det faktum at folkehelsearbeid i kommunene er i endring. Det er i ferd med å utvikles i tråd med en ny folkehelselov som bare har vært en kort tid. Selv om det gis føringer i loven, er antageligvis utviklingen av folkehelsearbeidet i ulike kommuner preget av forskjeller, ulike dynamikker evt. også med innovative kjennetegn. Feltet er ikke veletablert, ei heller er det særlig enhetlige rammer/strukturer når det gjelder målsettinger, planer og organisering, slik dette finnes for mange andre kommunale virksomhetsområder, som f.eks. skole og omsorg. Da ligger det heller ikke til rette for stringente analyser av årsaks-virkningssammenhenger.

Casestudier gir forskningen mulighet for å se sosiale fenomener i en oppdagelses- og forståelseskontekst og gi stemme til de som arbeider og engasjerer seg i folkehelse under den nye folkehelseloven. Det er en eksplorativ studie som sier noe om muligheter, utfordringer og barrierer som kommuner står overfor. I vårt tilfelle gjør casetilnærmingen det mulig å identifisere mulige fellestrekk (Ragin & Amoroso, 2011), men også variasjoner i hvordan enkeltkommuner relaterer seg til lovverket. Begge deler vil kunne være viktig som grunnlag for læring og deling av erfaringer.

Rogaland fylkeskommune sammen med fire utvalgte kommuner (valgt ut i samråd med oppdragsgiver) utgjør de fem casene. De fire case-kommunene er: Haugesund (nordfylket i Rogaland), Stavanger (Jærregionen), Finnøy (Ryfylke) og Lund (sørfylket i Rogaland). Disse kommunene representerer en blanding av bykommuner og distriktskommuner. De har også tatt tak i folkehelsearbeidet på ulike måter og har ulik framdrift, noe som gjør dem interessante å sammenligne. I følge Folkehelseloven (§20) skal «Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap.» Rogaland fylkeskommune var derfor vurdert som en viktig case i studiet.

Dataene har blitt innhentet gjennom 1) intervjuer, både fokusgruppe- og individintervjuer og 2) dokumentstudier. Ved å analysere data fra ulike kilder er vi i stand til å presentere et bilde av kompleksiteten i folkehelsearbeidet på lokalt myndighetsnivå.

Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervju er en forskningsmetode der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt (Halkier & Gjerpe, 2010, s. 10). I et fokusgruppeintervju er det først og fremst viktig å få frem mange forskjellige synpunkter om emnet (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2009, s. 162). Metoden passer godt med tanke på å fange opp de forskjellige forståelsene av folkehelsebegrepet og meninger om folkehelsearbeid i kommunene. Samtidig vil samhandling i intervjuet bidra til å fremme en felles forståelse av begrepene.

Fokusgruppeintervjuer ble gjennomført både i Rogaland fylkeskommune og i de fire kommunene. En kopi av intervjuguide finnes i vedlegg 1. Disse intervjuene var delt inn i bolker som dels gikk ut på å kartlegge, dels handlet om å diskutere påstander om folkehelsearbeidet. Alle intervjuene hadde samme format. For å stimulere til diskusjon brukte vi teknikker beskrevet av Halkier og Gjerpe (2010) hvor forskjellige påstander ble presentert for gruppene. Da kunne vi også se responsen på emnene, hvor fantes det motsetninger, hvilke felles erfaringer ble uttrykt og hvilke emner var det konsensus om.

Det var en bred representasjon i fokusgruppene. Intervjuene i kommunene samlet administrative ledere, folkehelsekoordinatorer og representanter fra forskjellige operative etater/sektorer. De siste inkluderte planleggerne, og representanter fra blant annet teknisk og helse- og oppvekst.

I Rogaland fylkeskommune deltok flere fra fylkesrådmannens ledergruppe i fokusgruppeintervjuet. Denne inkluderte rådmannen, næringssjefen, regionalplansjefen, kultursjefen, og seksjonssjefen for skole som representant for opplæringsavdelingen..

Individintervjuer

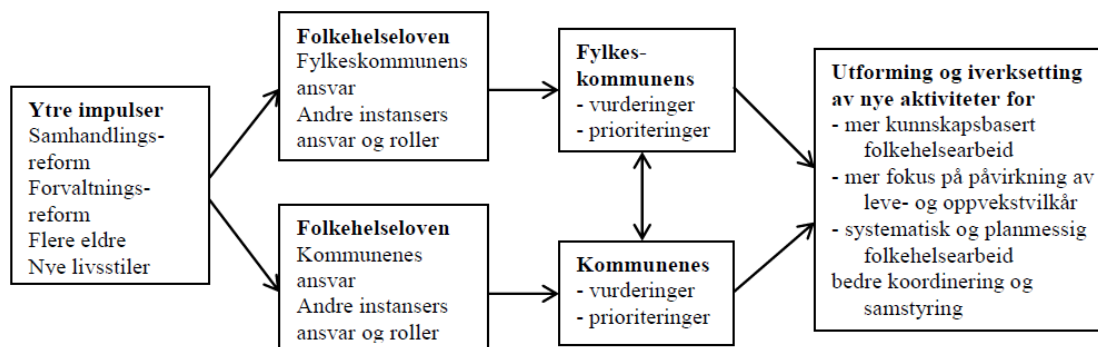
Individintervjuer ble gjennomført ansikt til ansikt eller via telefon med flere aktører; ordfører og folkehelsekoordinatorer i de fire kommunene og med folkehelseansvarlig hos fylkesmannen. Målet med disse intervjuene var å belyse en del fakta og vurderinger av status i folkehelsearbeidet så langt, samt å få frem feltets politiske «status». I tillegg gjennomførte vi et intervju hos Fylkesmannen i Rogaland. Intervjueguidene finnes i vedlegg 1.

Dokumentstudier

Dokumentstudien bygger på tre typer dokumenter: (i) stortingsmeldinger, lover og andre dokumenter som definerer innholdet i den statlige folkehelsepolitikken og hvordan denne forventes utformet og iverksatt i fylkeskommuner og kommuner, (ii) fylkeskommunale og kommunale planer og dokumenter som beskriver hvordan disse har grepet an sine oppgaver og rolle i folkehelseområdet, og (iii) relevant vitenskapelig litteratur.

Analyse

Intervjuene ble tatt opp og transkribert. Analysemodellen, også presentert i prosjektsøknaden, er vist nedenfor. Vår oppgave har vært å tolke hvordan "lover tolkes av de lokale og fylkeskommunale myndigheter, og hvordan disse blir forstått og dermed påvirker deres implementering av nye aktiviteter i sitt folkehelsearbeid.



I analysearbeidet har vi tatt utgangspunkt i de skisserte problemstillingene og de føringer som gis i lovverket samt den nasjonale folkehelsepolitikken. Vi har på bakgrunn av det innsamlede datamateriale beskrevet og vurdert hvordan myndigheter i kommuner og fylke fortolker og tilpasser seg de gitte rammer for folkehelsearbeidet, og hvordan dette har innvirkning på hva de faktisk iverksetter av tiltak.

Datainnsamlingen har blitt mer omfattende enn forventet. Blant annet var det ikke i utgangspunktet planlagt å intervju folkehelseansvarlige enkeltvis, men vi anså det nødvendig for å få inn mer fakta av hva som konkret skjer på folkehelseområdet. Hovedvekt i analysearbeidet har ligget på bruk av intervjumaterialet, fokusgrupper og intervjuer. Dokumentstudier av kommunale planer og dokumenter er brukt som grunnlag for summarisk informasjon om utfordringer, satsinger og prioriteringer. Vi har ikke foretatt noen dyptgående innholdsanalyse av disse ettersom tilgang på og formatet av slike dokumenter varierer mye mellom kommunene. Vi har heller ikke gjort noe forsøk på å tallfeste satsninger i folkehelsearbeidet.

Det ligger slik sett en del begrensninger i materialet, i den forstand at det ikke gis en helhetlig analyse av folkehelsearbeidet i de utvalgte kommunene. Det har heller ikke vært meningen. Hensikten har vært å kartlegge og identifisere en del erfaringer for på den ene side å peke på mulige forbedringer i prosesser rundt kommuner og fylkeskommunens folkehelsearbeid, og på den annen side å utkrystallisere aktuelle tema i et eventuelt hovedprosjekt.

Vi har valgt å presentere funnene kapittelvis med vekt på de fire deltema. Disse temaene introduseres først. Det gis så beskrivelser fra hvert case. Funnene sammenfattes med

hensyn til hovedtrekk i forhold til problemstillingene. Mulige konsekvenser for hvordan man på denne bakgrunn kan styrke folkehelsearbeidet, drøftes så på slutten av hvert kapittel.

1.5 Rapporten

Rapporten er organisert som følger: Kapittel to handler om kommunenes forståelse av folkehelse og deres tematiske innretning. Her svarer vi på spørsmål knyttet til delmål 1. Vi presenterer dette først fordi vi mener kommunens forståelse for begrepet er sentralt og former deres arbeid. Det kunnskapsmessige grunnlaget for folkehelsepolitikken, det vil si tema for delmål 2, presenteres i kapittel tre. Hvordan folkehelse inngår i kommunal planlegging er tema for kapittel fire, og svarer på delmål 3. Spørsmål til delmål 4 som handler om spørsmål relatert til styring av folkehelse gjennom samhandling og samarbeid på tvers, er besvart i kapittel fem.

I kapittel seks gis en oppsummering og drøfting av funn i studien, samt en kort konklusjon. Her presenterer vi de ulike delproblemstillingene i sammenheng.

2 Innretning av folkehelsearbeidet

2.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi drøfte delmål 1 og spør hvilken innretning kommuner og fylkeskommuner har i folkehelsearbeidet. Har man en bredt lokalsamfunnsperspektiv eller et mer tradisjonelt sykdomsperspektiv? Spørsmålet diskuteres både med bakgrunn i hvordan man i fokusgruppene diskuterer folkehelse, og med utgangspunkt i hvilke konkrete tiltak/prosjekter som blir igangsatt. Det handler med andre ord både om hvordan man tenker om folkehelse og hva man konkret gjør. I kapitlet trekker vi også fram utfordringer og barrierer i tilknytning til folkehelsearbeidet som nevnes av informantene, og som slik sett påvirker mulighetene for å jobbe med dette.

Definisjonene på folkehelse og folkehelsearbeid er vide, og dermed kan de lett bli vage. Følgelig er det ingen entydig forståelse av hva dette er (Helsedirektoratet 2010; Helgesen og Hofstad 2012). Vi kan likevel, noe forenklet, si at det er to perspektiver som gjør seg gjeldende (Helgesen og Hofstad, op. cit):

- Sykdomsperspektivet, som innebærer at innsatsen rettes mot å forebygge konkrete sykdommer.
- Påvirkningsperspektivet, som handler om å rette oppmerksomheten mot bakenforliggende faktorer som påvirker helsen og fordelingen av helse i befolkningen.

I den nye loven er folkehelse definert som «... befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.» (§ 3a). Loven sier også hva folkehelsearbeid er; det er «...samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.» (§ 3b). Til tross for disse definisjonene er folkehelsebegrepet omdiskutert (Helsedirektoratet 2010), og det er ikke gitt at alle arbeider med folkehelse på samme måte. Tvert imot ser en at det arbeides med folkehelse på ulike måter fra kommune til kommune (Helgesen og Hofstad 2012).

I dag anses det som en fordel å kunne gripe inn lengst mulig bak i årsakskjeden, i stedet for å arbeide med de utløsende faktorene (Helsedirektoratet 2010). Det vil si at man retter innsatsen inn mot bakenforliggende forhold: materielle og sosiale ressurser som bolig, arbeid, oppvekst og utdanning, eller risikofaktorer og sosiale skjevheter i den forbindelse (Helgesen og Hofstad 2012, Ihlebæk 2009). Det er et mål med folkehelsepolitikken at en skal bort fra sykdomsperspektivet og heller arbeide mer med påvirkning. I stedet for sykdomshemmende arbeid etterspørres det helsefremmende arbeidet (Ihlebæk 2009). Sykdomsorienteringen forklares delvis med legenes rolle. Et ønske om at arbeidet skal rettes mer mot bakenforliggende forhold, kan derfor tale for å involvere et bredt spekter av aktører.

Det er likevel ikke slik at sentrale myndigheter helt ser bort fra helsetjenestene når tema er folkehelse. Helsestasjoner og skolehelsetjeneste, fastleger, kommunale frisklivstilbud og spesialisthelsetjeneste har alle ulike roller og oppgaver i forhold til avdekking av

helseproblemer, tidlig intervensjon, forebygging og formidling av kunnskap om helsefremmende tiltak (Helsedirektoratet, 2010).»

2.2 Kommunenes og fylkeskommunens forståelse av folkehelse

2.2.1 Lund kommune: «Folkehelseperspektivet løfter alle»

I sin Folkehelseplan 2013-2017 innleder Lund kommune med å gi sin tilslutning til visjonen «Helse i alt vi gjør». Når de utdyper hva det betyr sier de at: «... hele kommunen [skal] engasjere seg for å fremme folkehelse – i alt vi gjør». Videre presenterer planen en rekke faktorer som fremmer god folkehelse, anbefalt av Folkehelseinstituttet, og også disse favner vidt. Så vel sysselsetting som barnehage/skoler og søvnkvalitet er blant de faktorene som nevnes.

I intervjuene finner vi samme brede forståelse av hva folkehelse er, og hva folkehelsearbeidet dermed må omfatte. Visjonen nevnes og de har et bevisst forhold til hva den betyr: «*Folkehelse i alt vi gjør* betyr fra helsetjenesten til andre etater. Poenget er at folkehelse skal gjennomsyre politiske og administrative beslutninger og handlinger i kommunen.» Informantene forklarer at dette gjøres med å understreke at forebyggingstanken skal gjennomsyre alt, og ved å koble sammen kommunens avdelinger for kultur og helse. Det siste anses som gunstig fordi helseavdelingen har ansvar for gruppene som trenger særlige tiltak, og kultur «... kan det med å arrangere og planlegge». Videre er folkehelsekoordinatorfunksjonen delt på to personer, bevisst valgt ut fra at den ene har sin stilling på helse og den andre på oppvekst og kultur.

På spørsmål om folkehelsearbeidet er for snevert og sykdomspreget, svarer én informant at det er stor endring i hva som blir oppfattet som folkehelse. En annen hevder at en må være sykdomsorientert først, før en kan gjøre noe. En tredje sier at «Vi har snakket veldig mye om utsatte grupper. Det kan lett bli sånn at det er for spesielt interesserte. Vi må lage tiltak som skaper trivsel generelt. (...) Det har kanskje vært en tendens til at du må ha et lyte for å komme inn under et folkehelseiltak. Men vi må ha et opplegg for den som ikke feiler noen ting».

Flere tiltak går på å få folk i aktivitet, med turmarsjer, ny svømmehall og treningssenter og liknende, og det nevnes at en har fokusert mye på fysisk aktivitet. Samtidig er det også andre typer tiltak som iverksettes. Ett eksempel er opplegget for å fange opp elever som er i ferd med å droppe ut av ungdomsskolen, et annet er arrangementer hvor fremmedspråklige og innfødte møtes til sosialt samvær. Dertil organiseres en del av folkehelsearbeidet på den måten at det gis tilskudd til lag og foreninger som søker om midler til arrangementer og aktiviteter.

Én informant minner om at menneskene er forskjellige; noen liker fotball, andre turmarsjer mens for noen er det helse i å stikke innom naboen og få en kopp kaffe. En annen påpeker at grunnlaget for psykiske helse legges i 1-2-års alderen, med andre ord mens de er i barnehagen. Og jo bedre en avdeling i barnehagen fungerer, jo lettere er det å identifisere barn som sliter.

En utfordring som trekkes frem under intervjuene er tilgang på tilrettelagte arbeidsplasser. Kommunen har lite å velge blant i så måte. Videre påpekes det at det er utfordringer knyttet til å organisere og engasjere de inaktive. For øvrig ser kommunen verken økonomiske hindringer eller andre barrierer mot å iverksette tiltak.

Det understrekes at det ikke er nok å ha en folkehelseplan, det viktige er å faktisk iverksette tiltak. Det advares mot for mye organisering. De er opptatt av at det ikke nødvendigvis trenger å handle om store prosjekter. Også «småting» er viktige. En informant sier: «Enkel folkehelse, det er ut, ut, ut! Og måltider, enkle ting, samt hvordan vi er mot hverandre.»

Vi konstaterer at Lund legger til grunn en bred tilnærming på to måter: både med å bruke begrepet «fremme folkehelse», noe som signaliserer et fokus på helsefremming, og at *hele* kommunen skal være med. Det er tydelig at det ikke oppfattes som å være en sak bare for helsesektoren.

Visjonen «Helse i alt vi gjør» gir oss en pekepinn på hvordan folkehelsearbeidet oppfattes. Men det er fremdeles nokså vagt. Så hva innebærer «helse i alt vi gjør» mer konkret? I Lund kommune har mye av folkehelseetnkningen et *nærmiljø- og lokalsamfunns*preg. Selv om kommunen har identifisert grupper som sliter, gjelder ikke folkehelsearbeidet bare for dem. «Folkehelse er førstelinje. Det er det arbeidet en gjør for alle, som løfter alle, også de som sliter mest». Kommunen har både generelle tiltak, altså tiltak rettet mot hele befolkningen, og tiltak rettet mot enkeltgrupper som barn og unge, eldre, personer som sliter med psykisk helse og liknende.

Kort oppsummert kan en si at en i Lund kommune har en bred forståelse av hva folkehelse er, noe som gjenspeiles i hvordan arbeidet drives. Tiltak mot særlige grupper kan tolkes som uttrykk for en sykdomsorientert tilnærming, men tiltakene mot alle, og som handler om skolegang, trivsel, og det sosiale, gjør at en også kan si at kommunen arbeider med et påvirkningsperspektiv. De vil arbeide med bakenforliggende faktorer, ikke bare for å hemme sykdom men også for å fremme helse.

2.2.2 Finnøy: «Folkehelse, det er så bredt. Det er faktisk i alt»

I Finnøys planprogram til ny kommuneplan for perioden 2014-2026 står det at «Helse og livskvalitet er grunnmuren i eit livskraftig samfunn. Folkehelse omfattar alle livsfasar og alle sider ved folks kvardagsliv og skal derfor vera eit hovudperspektiv i arbeidet med ny samfunnsdel. Mål for helse handlar ikkje berre om å oppnå fråver av sjukdom og skade, men om å skapa grunnlag for trivsel, meistring og meining for innbyggjarane i vid forstand».

Dette gjenspeiles i kommunens kartlegging av folkehelseutfordringer («Folkehelse og levekår i Finnøy 2013-2017»). Kartleggingen berører en rekke utfordringer som sorteres under 1) oppvekst og levekår, 2) levevaner og 3) helsetilstand.

Denne brede forståelsen av folkehelse, slik den kommer til uttrykk i planprogram til kommuneplan og kartlegging av folkehelseutfordringer, bekreftes i intervjuer. I fokusgruppeintervjuet sier en person at «Folkehelse er så bredt, det er faktisk i alt».

Erklæringen understøttes på flere måter. Blant annet henvises det til den overordnede tilnærmingen som går ut på at myndighetene involverer seg og pålegger kommunene å ta det opp i sine planverk. Det påpekes at dette gjør at folkehelse blir et anliggende for flere enn de som arbeider i helsesektoren. Videre understrekes det at folkehelsearbeidet retter seg mot både individ- og gruppenivå, og innebærer innsats rettet både mot det fysiske og det psykiske. Det påpekes også at folkehelse omfatter sosial utjevning, det vil si at det handler om å arbeide mot lik fordeling av helse i befolkningen. Ikke minst bekreftes erklæringen om at folkehelse er vidt i alt som nevnes som eksempler på hva folkehelse er. Eksemplene dekker svært mye, fra bolig via identitet, inkludering og arbeid til natur. Særlig trekkes fram sosiale møteplasser.

Noe som også trekkes frem er kommunens deltakelse i EU-prosjektet «Levende bygder» i perioden 2009-2013. Den ene av tre arbeidspakker i dette prosjektet fokuserte på helse og livskvalitet. Det ble laget et opplegg for livsstilsendring som kombinerte et 12 ukers kurs med personlig oppfølging (www.livsstil.finnoy.no). Kommunen arbeider med en videreføring av prosjektet, og diskuterer i den forbindelse røykavvenningskurs, tiltak knyttet til psykisk helse med mer. De vil gjerne koble videreføringen til en større satsing på mat og helse, en satsing som henger sammen med et ønske om å være mer helhetlige i tankegangen.

Finnøy kommune har satt i gang nye tiltak etter at folkehelseloven kom. Det er ansatt folkehelsekoordinator på deltid som har jobbet med kartlegging. Denne er knyttet til helsesektoren. Helserelevante problemstillinger vektlegges også. Siden kartleggingen av utfordringer viser at kommunen har mange eldre, og at disse bor spredt rundt om på øyene, har de brukt pengene fra fylkeskommunen på å lønne en sykepleier som har besøkt alle fra og med 75 år. Besøkene har hatt som formål å avdekke behov for hjelp, slik at kommunen i neste omgang evt. vil kunne bistå med vaktmestertjenester, ergoterapi, hjemmehjelp og liknende. Folkehelsekoordinatoren ser at det er vanskelig å måle gevinstene, men er likevel ikke i tvil om at det er vel anvendte penger. Et annet tiltak er turstiene og turgruppene som er etablert på øyene. Kommunen har også finansiert deltakelse på et kurs i stavgang, og fått kursdeltakere til å reise rundt på øyene for å motivere folk til å gå tur med staver. Det er vedtatt, men ikke realisert en frivillighetssentral. Videre snakkes det om en ny gangsti og det diskuteres et nytt leilighetskompleks, utformet spesielt for å gi rom til sosiale møteplasser.

De geografiske forholdene, det at kommunen består av en rekke små øyer, er et stadig tilbakevendende tema i fokusgruppesamtalen. Informantene forteller at de tenker på arbeidsplasser og vet at de må legge til rette for det, noe som stiller krav til infrastrukturen. En ønsker også et befolkningsgrunnlag stort nok til å kunne forsvare ferje- og skoletilbud, sikre nærbutikker med mer. Til denne diskusjonen hører dessuten spørsmål om innvandrere og forholdet mellom fastboende og hytteeiere. Ferjer, skoler, båtplasser og liknende tilbud representerer også sosiale møteplasser, og det er derfor uheldig at de forsvinner. Sosiale møteplasser anses som viktige for trivselen. Et tiltak for ungdom handler om at de betaler 50 kroner for å ta drosje fra nattbuss og hjem. Tiltaket vil kunne gjøre det lettere for unge å ta turer og dermed også mer attraktivt å bli boende.

Gjennomgangen tyder på at kommunen har tatt inn over seg et folkehelsebegrep som på ingen måte bare dreier seg om det helsemessige, men også fokuserer på bakenforliggende forhold som påvirker folkehelsen. I særlig grad har man vært opptatt av forhold som henger sammen med at kommunen er et småsamfunn bestående av en rekke øyer, og hvor kommunikasjon, identitet, livsstil og tilhørighet er viktige faktorer for å opprettholde et bærekraftig lokalsamfunn.

Vi registrerer ut fra denne gjennomgangen at forståelsen av folkehelse i Finnøy er vid. Både i planprogram og samtaler gjøres det tydelig at folkehelse dekker mye. Alt tyder på at den nye folkehelseloven har skapt en større bevissthet om folkehelsematikken, og bidratt til at de tenker mer systematisk om folkehelsearbeidet.

2.2.3 Haugesund kommune: «Folkehelse er en annen tenkning»

Ifølge Haugesund kommunes planprogram for kommuneplan 2014-2017 er «Helse i alt vi gjør og integrering som et sektorovergripende arbeid» hovedmålsettingene med kommunens folkehelsearbeid. Forslaget har et eget kapittel hvor det redegjøres for kommunens ansvar for folkehelse etter folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Videre går planforslaget inn på utfordringer og mulige løsninger, sortert i temaene «å leve» (omsorg, skole, idrett, kultur, friluftsliv, folkehelse og kirke), «å bo» (møteplasser, grønnstruktur, å bo, variert bevegelse, å være i bevegelse, å møtes, skole, barnehage, bydelssenter, kulturminnevern og arkitektur), «å bevege seg» (å sykle, gå, ta bussen, endre kjørevaner), «byliv for alle» (blåstruktur, grønnstruktur, møteplasser, estetikk, universell utforming, barn i by, trygghet, kulturminnevern og arkitektur), og «å jobbe / skape verdier» (maritim næring, handelsnæringen, opplevelsesnæringen og andre arbeidsplasser).

Helse i alt en gjør står også sentralt i Haugesunds folkehelsearbeid. I intervjuer understrekes det at de ikke tenker snevert om folkehelse. Folkehelse er ikke bare helse, tvert imot, folkehelse er 10 prosent helse og 90 prosent annet. Man er opptatt av at noen har bedre helse enn andre. Samtidig påpekes det at ressursinnsatsen er særdeles skjev. Cirka 95 prosent av budsjettene går til behandling, ikke til forebygging, hevdes det.

Det sies at det nesten er synd at det heter «folkehelse», for det blir misvisende, det forleder folk til å tro at det handler om helse. En informant hevder at det burde hett «velferdsbygging». Folkehelse, forklares det, er slik sett en annen måte å tenke på. En informant sier at «I mitt hode er ikke folkehelse helse i det hele tatt. Det er fritidsaktivitet, å få folk til å ta det første steget. Planlegge hvordan bydeler skal bli.» Det påpekes også at selv om det ikke er skolens oppgave å arbeide for helse, er det kanskje nettopp i skole og barnehage helse skapes likevel.

Som allerede påpekt er «helse i alt vi gjør» en av kommunens målsetninger for folkehelsearbeidet, og en side ved dette er at folkehelse ifølge informanter blir diskutert i alle sektorer. Det tematiseres med andre ord også utenfor helsesektoren. Informanter understreker at det er et mål at det skal gjennomføres alt. Folkehelsekoordinatoren forteller at hun jobber mot alle deler av kommunen. Stillingen er plassert i stab hos rådmannen, noe som betyr at den er sektoruavhengig. For øvrig påpekes det at dette

ikke er nytt, slik har en arbeidet lenge. Som eksempel vises det til et område hvor infrastruktur, skole, idrett og kultur ses i sammenheng. Dette har vært vellykket. Det er også god folkehelseetenkning, selv om det neppe var det begrepet en brukte da området ble planlagt. Det viser at folkehelse må inn i arealplanlegging. En må «tenke folkehelse i det du setter strekene på papiret.» Det hevdes at med å gjøre det, altså ha et folkehelseperspektiv fra starten av, får en mye gratis senere.

Samtidig som en er ivrig etter å ta avstand fra et dominerende helsefokus, vedgår en at helse er en del av folkehelsen. I tillegg, påpekes det, er det helsesektoren som sitter på kunnskapen, en kunnskap som må ut til folket. Informanter hevder at folkehelsearbeidet har en del folkeopplysning i seg. Det sies også at det handler om forebygging. En informant mener at en har vært opptatt av forebygging i lang tid, ikke minst i skolen. Ellers hevdes det at det ikke er lett å skille mellom forebyggende arbeid og folkehelsearbeid, og det er vanskelig å si hva som er hva. En informant hevder at det er svært mye forebyggingstenking i folkehelsearbeidet, og at det som gjøres i dag, før ville blitt kalt forebygging. Som svar på dette sier andre at forebygging ikke er folkehelse: «Vi skal bygge det gode liv i folkehelsearbeidet. Man skal ikke trenge å drikke vin, for det skal være andre ting å ta seg til. Vi skal måle fravær av problem. Da vil vi få færre ting som trengs å forebygges. Vi skal bygge velferd, og gjøre det mulig å ta gode valg for eget liv».

Tiltakene som gjennomføres blir sagt å ikke være helse-/sykdomsorienterte. Det sies klart at diskusjonen om folkehelse er preget av at de ikke skal forebygge sykdom. Samtidig må noen av tiltakene som nevnes til dels kunne sies å være innrettet mot helse, som for eksempel idrettsparken og strategier for gåing og sykling. Kommunen skal også etablere en frisklivssentral som en videreføring av en seniorsentral. Faren er da, sies det, at tilbudet blir for snevert og sykdomsorientert. For øvrig sies det at det blir utført mye godt folkehelsearbeid uten at det har folkehelsearbeidstempelet på seg. Parallelt med dette påpekes det at kommunens kanskje største utfordring er de unge arbeidsledige. Andre nye tiltak er at folkehelse tiltak er satt som et eget punkt i kommunens tilskuddsordning, et prøveprosjekt som går ut på at private treningssentre skal ha et lavterskeltilbud til folk som har vært innom frisklivssentralen, et tilbud til overvektige barn og familiene deres, i tillegg til naturløype, turkonkurranse og en naturguide utviklet i samarbeid med turistforeningen.

Det fortelles at mye av folkehelsearbeidet i dag går ut på å få det inn i planer. Kommunen har med andre ord en planstrategi, som går ut på å få folkehelse inn i alle planer. På intervju tidspunktet ble det arbeidet med kommunalplanen. Ellers inngår folkehelse i alle saker som går til administrativ vurdering og politisk behandling, folkehelse er lagt inn i saksbehandlingsmalene. Teknisk etat nevnes særlig; også de skjønner hva det dreier seg om, de har fått en egen sjekklister vedrørende folkehelse som har blitt et kriterium som vurderes ved siden av andre forhold. Dette er resultater av folkehelseoven, og altså en ny praksis i kommunen. Det er imidlertid ikke alltid, i alle saker, at dette kravet blir etterlevd.

Vi konstaterer at også i Haugesund kommune er det tydelig at folkehelse oppfattes å være et vidt begrep. Helse er bare en del av det, det sies å handle mer om velferdsbygging og en skal tenke folkehelse i alle saker. Den kanskje største

utfordringen sies å være unge arbeidsledige. Friluftsliv, fysisk aktivitet, idrett og livsstil er områder man har fokus på når det gjelder strategier og tiltak. Det gjelder også byplanlegging, for eksempel i den forstand at en er bevisst på at lekeplasser kan fungere som møteplasser, at det må være gå-strategier mellom dem osv.

2.2.4 Stavanger kommune: «At folk har gode liv».

Stavanger kommunes folkehelsearbeid er forankret i «Det gode liv i Stavanger. Strategiplan for folkehelsearbeidet (2013-2029)». Spørsmålet om hva folkehelse er utløser ingen stor diskusjon i Stavanger kommunes folkehelseforum. Det sies enkelt og greit at det er en beskrivelse av folks helse. Videre synes det å være enighet om at årsakene til helse og uhelse er spredt på mange områder. 90/10-regelen nevnes; folkehelse er 10 prosent innenfor helseområdet og 90 prosent er på andre områder. Når det spørres om kommunens overordnede mål med folkehelsearbeidet, svares det raskt at det er «Helse i alt vi gjør» og «At folk har gode liv.» Det understrekes at det er viktig å få fram at folkehelse er det gode liv, enten en er syk eller frisk, ung eller gammel. Det skal gjelde for alle, og dermed må en også være påpasselig med å nå alle og ikke bare bestemte grupper. Dette kan sies å være en bred tilnærming til folkehelse, og den kommer til uttrykk på flere måter.

I intervjuet knyttes spørsmålene om hva folkehelse er an til en diskusjon om hva kommunens rolle skal være. Mens én sier at kommunen skal *tilrettelegge* for gode liv, mener en annen at kommunen skal *stimulere* til gode liv. Forskjellen er i hvilken grad kommunen skal forplikte seg: å legge til rette for er å skulle gi god helse, mens å stimulere til handler om å gi den enkelte mer ansvar. Folk må ville selv, det må legges til rette for egeninnsats og en må videreformidle helseministerens budskap om at helse er både alles og den enkeltes ansvar. Betydningen av egeninnsats i folkehelsearbeidet underkommuniseres, hevder informant, og legger til at det må jobbes med språket for å stimulere til at folk skal ta gode valg.

Det påpekes at arbeid for å fremme helse krever tidlig innsats; tanken er at bare folk får en god start, går det bra hele livet. Men, legges det til, et slikt langsiktig perspektiv er vanskelig å få inn i budsjettet. Det vises til at samhandlingsreformens mål om mer forebygging og mindre behandling, men det sies også at det ikke er økonomi i samhandlingsreformen til å drive forebyggingsarbeid.

Informanter forteller at det også er en utfordring å få alle som arbeider i kommunen til å forstå at det de gjør kan få betydning for folkehelsen, selv om noen grupper er svært aktive. Det understrekes at det hele tiden har vært viktig at folkehelsearbeidet skal ha en bred forankring i kommunen, og at tverrsektoriell tenkning er viktig og har blitt det mer og mer.

Folkehelsekoordinator er i samfunnsmedisinsk stab. På spørsmål om folkehelsearbeidet er for sykdomsorientert, svarer informanter at det er en kursomlegging i retning mer forebygging. De refererer til samhandlingsreformen og at denne har mål om mer forebygging og mindre behandling. De synes ikke at folkehelsearbeidet er for snevert,

men viser i stedet for til at en kan ta område for område og se på hva som gjøres for folkehelsen. Da vil en se at en arbeider med alle områder. Denne brede innsatsen presenteres som et argument *mot* en sykdomsorientering.

Én informant hevder at hele folkehelseperspektivet har blitt et *byutviklingsperspektiv*. Transport, byområde, skole og barnehage – alt skal være helsefremmende. Likevel stilles det spørsmål om kommunens tankegang er for snever. En informant utdyper spørsmålet med å vise til hva som skjer når det er snakk om folkehelse på skolen. Da kommer fysisk aktivitet automatisk opp som tema. Men ifølge informanten kan det også uttrykke en form for sykdomsorientering. Det viktigste skolen gjør er nemlig å sette barna i stand til komme seg inn på og takle arbeidslivet, slik at de ikke blir uføre. Klarer kommunen å jobbe med slike perspektiver, unngår en at arbeidet blir for snevert. Tilsvarende nevnes andre tema som karakteriseres som tabu, som for eksempel åpningstider for alkoholserving og antallet snackbarer. Informanter hevder at selv om en vet at tilgang til alkohol og usunn mat er viktige tema, er det ingen reell debatt om dem. Debatten påstås å butte mot en manglende politisk vilje til å ta det opp og en mer overordnet frihetssideologi som gjør det vanskelig å presentere tiltak som oppfattes å innebære begrensninger for den enkelte.

Til tross for en bred tilnærming gir kommunens folkehelseforum uttrykk for å ha et fokus i sin tenkning. Det gjelder *sosiale forskjeller*. De bruker blant annet levekårsundersøkelser og folkehelseprofiler til å få oversikt over de ulike delene av byen, og ser at det er store forskjeller mellom de rikeste og fattigste i byen. Dette ses i sammenheng med kommunens boligmarked, som presenteres som en av de strukturelle årsakene til forskjeller. Et høyt prisnivå skaper problemer for grupper som normalt ville klart seg godt. En informant sier at de hele tiden snakker om sosial utjevning. Det er enighet om at det er vanskelig. Kommunen planter tre og lager fine uteplasser – «men det blir ikke sosial utjevning av den grunn». Andre tiltak rettet mot frivillige organisasjoner diskuteres også. Fortetting og dårlige reguleringsplaner skaper utfordringer. Ifølge en informant har kommunen to utfordringer: Den ene er å skape gode bostedsområder med lekeplasser og gode muligheter til kontakt mellom beboerne, mens den andre gjelder sykling. Utfordringene begrunnes med at det er mye privatbilisme og lite sykling, og dette har gjort at det er et stort påtrykk for å bygge ut sykkelnettet. En slik utbygging er imidlertid en tidkrevende prosess, blant annet på grunn av ekspropriasjoner og liknende, men politikerne er utålmodige og ønsker at det skal gå fort.

Gjenspeiles det som sies om hva folkehelse er i hva som faktisk gjøres? Mange nye tiltak har blitt satt ut i livet etter at den nye loven om folkehelsearbeid ble gjort gjeldende. Det er blant annet utarbeidet en omfattende tiltaksmatrise, som dels omfatter tiltak/planer etablert både før og etter den nye folkehelseloven, og med følgende prioriterte områder: 1) gode bo- og nærmiljø, 2) gode levevaner og mestring i småbarnsalder, 3) gode levevaner for eldre og 4) bærekraftig miljø. En god del av tiltakene er under iverksetting. Det gjøres mye med gang- og sykkelveger og boliger. I tilknytning til sosiale forskjeller og byplanlegging er det tatt politiske initiativ for å iverksette tiltak i bydelen Storhaug, en bydel til dels preget av dårlige levekår.

Kommunen er også pålagt å drive med rådgivning til den enkelte om helsefremmende tiltak og forebygging av sykdom. På dette området har det ikke kommet nye tiltak etter den nye loven kom. Rådgivningen skal være rettet mot skoler og barnehager, men ifølge informanter er det vanskelig å få til et godt samarbeid med skolen. Det påpekes også at fastlegene får en uklar rolle. Det stilles for eksempel spørsmål om i hvilken grad skal de være ernæringsfysiologer og livsstilscoacher. Noe av utfordringene ligger i at folkehelsearbeidet kommer i tillegg til deres kjerneoppgaver.

Kort oppsummert kan man si at Stavanger kommune har en bred og sammensatt profil i folkehelsepolitikken. En rekke forskjellige prosjekter og tiltak inngår. Sentrale tema er sosiale forskjeller og byutvikling.

2.2.5 Rogaland fylkeskommune: «Helse i alt vi gjør – sammen utvikler vi et godt Rogaland»

Lov om folkehelsearbeid har et eget kapittel om fylkeskommunens ansvar (kap. 4). Ansvaret er todelt: Fylkeskommunen skal arbeide for å fremme folkehelse og møte fylkets folkehelseutfordringer, samtidig som den også skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene (§ 20). Fylkeskommunen skal være pådriver og samordne folkehelsearbeidet i fylket.

Folkehelsearbeidet på fylkesnivå skal blant annet skje gjennom regional utvikling og planlegging. Rogaland fylkeskommune har vedtatt «Regionalplan for folkehelse i Rogaland 2013-2017». Noe av bakgrunnen er, ifølge planen, at fylkeskommunen ønsker i sterkere grad å synliggjøre folkehelse som et regionalpolitisk satsingsområde. I tråd med loven ser fylkeskommunen seg selv som en regional utviklingsaktør og vil sammen med andre ta ansvar for utviklingen på folkehelsefeltet i Rogaland.

Planen lister opp en rekke utfordringer fordelt på fysisk miljø, levevaner og psykisk helse. Visjonen for folkehelsearbeidet i fylket er «Helse i alt vi gjør – sammen utvikler vi ett godt Rogaland». Visjonen uttrykker en oppfatning av at folkehelsearbeid er samfunnsutvikling, at alle sektorer må ta ansvar både for å fremme helse og utjevne sosiale helseforskjeller. Det påpekes at «Leger, medisiner og sykehus kan kun avhjelpe 10 prosent av folks helseproblemer. De øvrige 90 prosent må samfunn og fellesskap ta seg av». (Folkehelseplanen s. 36). Fylkeskommunen har tre overordnede mål for folkehelsearbeidet som skal 1) fremme god helse og virke utjevnende, 2) styrke den politiske og administrative forankringen og 3) være mer kunnskapsbasert.

I fokusgruppa som ble avholdt i fylkeskommunen sies det også at folkehelse er et vidt begrep. Det utdypes på flere måter. Blant annet påpekes det at folkehelse er mer enn bare fravær av sykdom. En informant mener at det har både en fysisk og psykisk del, mens en annen sier det har med livsutfoldelse å gjøre. En tredje forteller at det for vedkommendes del handler om livskvalitet, det å være i stand til å takle dårlige dager, tilhørighet, å kunne gå tur med mer. En informant hevder at det er så enkelt som å spise og drikke mindre og løpe mer, men samtidig: «Kanskje det viktigste folkehelsearbeidet er at folk har en jobb å gå til.» Folkehelse innebærer dessuten et familieperspektiv, ettersom mange plager og vanskeligheter går utover de nærmeste og ikke bare den enkelte som rammes.

Påstanden om at folkehelsearbeidet blir for snevert og sykdomsorientert avvises. Det fortelles at mange er interesserte i folkehelse, men det er vanskelig å vite konkret hva det innebærer. Som en informant sier «Hvis ulykker er folkehelse, da er vei også folkehelsearbeid». Det hevdes for øvrig at folkehelse er både forebygging og helsefremmende aktiviteter. Det presenteres som et dilemma at en må slåss for folkehelse mot saker som fenger mer på politisk nivå, samtidig som en ikke ønsker å sette saker opp mot hverandre ettersom de gjerne henger sammen.

Fylkeskommunen skal være pådriver og ta ansvar for det som den har ansvar for, som for eksempel ungdom i videregående skoler og egne ansatte. Det understrekes at man slik sett kan være en rollemodell for hvordan egne ivaretas. Det påpekes som en utfordring å avveie det som kan gjøres når det gjelder folkehelse vurdert opp mot primærmålsettingen som er å undervise. Det drives prosjektarbeid vedrørende ungdoms psykiske helse. Et enkelt tiltak som også nevnes er utsetting av vannautomater på skolene. Tannhelsetjenesten er også et felt hvor man har mulighet for å oppdage vanskjøtsel og samarbeider med barnevernet. En utfordring når det gjelder folkehelsearbeid i en sektor som skolen, er å skape rom for dette, selv om primæroppgavene får høyest prioritet.

Det hevdes at bidraget overfor andre aktører er viktigst. En forståelse av at planlegging kanskje er det viktigste virkemiddelet som fylkeskommunen rår over i dette arbeidet, har bidratt til at folkehelse er flyttet fra kultur til regionplan i Rogaland Fylkeskommunes organisasjon. Det gjelder både det som skjer på regionalt nivå, men ikke minst veiledningsansvar overfor kommunene i deres planlegging. Informanter påpeker at partnerskapsavtalene med kommunene om folkehelse i denne sammenheng er et sentralt virkemiddel, og i tillegg at befolkningstetthet og bokvalitet er tema man har jobbet mye med. Det påpekes at det er motsetninger mellom ønsket om å bygge tett og mye og folkehelsehensyn.

Fylkeskommunen er videre opptatt av at arbeidet skal være kunnskapsbasert. De lager egne utfordringsdokumenter og prioriteringer for fylket. De ser av levekårsdata at ulike grupper har hver sine utfordringer, og de har derfor fokus på utjevning av sosiale forskjeller for å hjelpe de gruppene som har det vanskeligst. En har også ambisjoner om å bistå kommunene når det gjelder kunnskapstilfang og analyse av folkehelsesituasjonen.

I sum har fylkeskommunen et bredt perspektiv på hva folkehelse er. I noen grad drives det med egne folkehelse tiltak. Den viktigste rollen er imidlertid rollen som påvirkningsagent.

2.3 Hvordan fungerer en bred tilnærming til folkehelsearbeidet?

I det foregående har vi presentert kommunenes og fylkeskommunens forståelse av hva folkehelse er. Som vi har sett har flere gjort Folkehelsemeldingens prinsipp om at det skal være helse i alt vi gjør (Meld. St. 34 (2012-2013)) til sin visjon. De som ikke har

det, har tilsvarende vide visjoner eller mål. Dette er formalisert i ulike planer. Formelle dokumenter vitner med andre ord om en bred forståelse av folkehelsebegrepet. Langt på veg er det samsvar mellom det som uttrykkes skriftlig og det som sies, slik at det som kommer fram i intervjuene bekrefter dokumentene. Som en oppsummering vil vi derfor si at alle vi har studert har en bred tilnærming til folkehelse. Dette er i tråd med den sentrale folkehelsepolitikken.

Selv om alle kommunene har en bred tilnærming til folkehelse, finner vi noen forskjeller når vi ser på hva de er mest opptatt av. De har profiler som reflekterer lokalsamfunnets egenart og utfordringer. Bykommunene, Stavanger og Haugesund, synes i større grad å vektlegge sider ved bystrukturen og bydelsutvikling, og er opptatt av sosiale skjevheter. De mindre kommunene har profiler som vektlegger utfordringer i mindre lokalsamfunn: Lund med utfordringer knyttet til aktivitetsmønstre og inkluderingsbehov i tettsted/bygdesamfunn, og Finnøy som øykommune med særskilte identitets- og kommunikasjonsmessige utfordringer. Også småkommunene trekker frem enkeltgrupper med særskilte sosiale utfordringer, slik som ungdom med psykiske problemer.

Elementer knyttet til helsespesifikke tema inngår også i folkehelsetenkning og -tiltak, for eksempel når det gjelder å styrke eldres mestring og selvhjulpenhet. Helsespørsmål i smalere forstand har imidlertid ikke en sentral plass i det totale bildet. Det er således grunnlag for å svare bekreftende på problemstillingen under delmål 1 at kommunene legger til grunn et bredt lokalsamfunnsperspektiv og ikke et sykdomsperspektiv i sin folkehelsepolitikk.

Kommuner og fylkeskommune legger til grunn en forståelse av folkehelse som omfatter alle slags påvirkningsfaktorer på livs- og helsesituasjonen, og løfter frem sosiale ulikheter/utsatte grupper som et prioritert område. Dette er i tråd med de signaler som gis i nasjonal folkehelsepolitikk. At man slik sett har oppmerksomheten rettet mot de «riktige» tingene, gjør ikke at en så bred folkehelsetilnærming oppleves som problemfri. Tvert om er det utsagn fra informanter og inntrykk fra samtalene som indikerer at den kan være krevende.

Det handler om at

- (i) selv et tilnærmet universelt begrep som folkehelse må operasjonaliseres og gis en mening som kan være retningsgivende for handling, og
- (ii) det finnes en del mindre innebygde motsetninger knyttet til folkehelseområdet hvor det er påkrevd å balansere ulike hensyn i praktisk politikk.

Folkehelse som begrep og visjon

«Helse i alt en gjør» gir en universell forståelse av folkehelse. En fordel med denne tilnærmingen er at den kan uttrykke en forståelse for hvor sammensatt helsesituasjonen arter seg. Det er også positivt dersom det fører til en større verdsettelse av faktorer som en ikke umiddelbart forbinder med helse, samt gjøre oppmerksom på mer komplekse sammenhenger mellom levekår og helse.

Et av problemene er imidlertid at når folkehelse forstås å favne om nær sagt alle slags forhold kan dette gjøre det vanskelig, *på et gitt tidspunkt*, og si at noe er viktigere enn noe annet. Den store bredden i tema som fremkom under fokusgruppeintervjuene illustrerte noe av dette. Blant annet avhengig av ståsted og den enkeltes ansvarsfelt ble ulike sider vektlagt. Det er i og for seg naturlig og vil delvis kunne løses ved at man tar fatt i mange forskjellige sider f.eks. i forbindelse med planlegging, men det kan også stille kommunene overfor utfordringer når valg skal tas og prioriteringer gjøres, og som har ressursmessige konsekvenser.

Utfordringen ved dette forsterkes hvis kommunen ikke makter å skape en felles forståelse knyttet til en overordnet visjon om hva kommunen vil oppnå med sin folkehelsepolitikk. Som det påpekes i en kommune: når man ikke lykkes i å etablere en slik felles forståelse, er det også vanskelig å formulere målsettinger som man kan enes om.

Mulig tiltak for å styrke folkehelsearbeidet gjennom operasjonalisering av folkehelsebegrepet

Det kan være et poeng at den enkelte kommunen utvikler en egen visjon for folkehelsearbeidet, f.eks. i en gitt planperiode, som fungerer *retningsgivende* for hva man vil oppnå og styre etter. Denne bør antageligvis være mer avgrenset og skarpere, eller i det minste komplettere og gi retning til det universelle folkehelsebegrepet. En slik vektlegging gis det eksempel på i Haugesunds planstrategi hvor visjonen helse i alt kompletteres med mål om integrering gjennom sektorovergripende arbeid. I dette ligger et mål om å mobilisere for folkehelse inn i de ulike virksomhetsområdene. Hvis alternativt en kommune i en planperiode ønsker å gripe fatt i sosiale ulikheter i levekår og helsetilstand, kan man etablere en overordnet visjon som dreier seg om dette.

Utfordringer og dilemmaer i folkehelsearbeidet

I intervjuene fremkommer en del utfordringer knyttet til iverksetting av folkehelsearbeid:

Økonomiske ressurser som allokteres direkte til folkehelsetiltak er begrenset. Dette trekkes frem som en utfordring av flere. Folkehelse er ingen stor post i kommunale og fylkeskommunale budsjetter. Hovedtyngden av ressursene til helse i kommunene kan knyttes til pleie og omsorg. Samhandlingsreformen var tenkt å gi midler til folkehelse og forebygging ved at det skulle bli midler til dette i den statlige rammebevilgningen. Forskning viser at satsning på folkehelse ikke er prioritert. All oppmerksomhet går til medfinansiering og utskrivningsklare pasienter (Osmundsen og Håland, 2014).

Folkehelsepolitikken er et offentlig ansvar. Samtidig er målet med folkehelsearbeidet å styrke helsetilstand og levekår i befolkningen på individnivå. I dette ligger at det ikke bare handler om å planlegge for folkehelse og igangsette konkrete aktiviteter. Ansvarliggjøring av den enkelte er også en utfordring. Formidling og informasjon

trekkes frem som aktuelle tema å jobbe med. Ikke minst kan det som påpekt være krevende å nå de som trenger det mest, og som gjerne ikke deltar i organisert aktivitet.

Folkehelse er ikke et sektoransvar, men et tema som går på tvers av virksomhetsområder. Dette trekkes frem som en vesentlig utfordring. Det kan handle om tid og prioriteringer. F.eks. hvordan skal den videregående skolen kunne prioritere folkehelse når så mange andre tema knyttet til primærøppgavene krever oppmerksomhet? Det kan også handle om målkonflikter. Hvis økonomiske hensyn taler for stor botetthet i et utbyggingsområde, mens man ut fra folkehelsehensyn burde benyttet mer plass. Hvordan kan slike hensyn balanseres?

Mulig tiltak for å styrke folkehelsearbeidet gjennom å balansere hensyn

Denne type utfordringer og barrierer knyttet til iverksetting krever naturligvis at dette gis oppmerksomhet.

En måte å tematisere og konkretisere de økonomiske utfordringene på er naturlig nok å tydeliggjøre dette i planleggingen, og gjerne spesielt inn i handlingsplaner og tilsvarende.

Når det gjelder formidling og informasjon knyttet til holdninger og bevisstgjøring for sunnere livsstil på et område, finnes det en del erfaringer fra holdningsdannende arbeid rettet mot folk flest på andre områder, som f.eks. rusfeltet (Braathen, Lie og Nødland, 2011). En viktig lærdom er at dette er krevende og at man gjerne bør jobbe i flere retninger med slik informasjon; «nedstrøms»⁴ direkte mot målgrupper i befolkningen, og «oppstrøms» mot aktører eller institusjoner som er engasjert i forhold til målgruppen på det aktuelle området. Eksempelvis kan det være at tiltak for å styrke fysisk aktivitet og sunn livsstil blant unge, både rettes mot ungdom enkeltvis, men kanskje like viktig kan det være å involvere idrettslag og andre typer av foreningsvirksomhet.

Når det gjelder forholdet mellom folkehelse og virksomhetenes primærområder, er dette et stort tema som tematiseres også i seinere kapitler i plansammenheng, organisering og styring av folkehelsearbeidet. I denne sammenheng skal betydningen av dialog og informasjon rettet mot aktører på ulike nivåer i virksomhetene, både førstelinje og administrativt, understrekes.

4 Begrepene oppstrøms- og nedstrøms- brukt i denne forbindelse er hentet fra social marketing litteraturen, som omhandler perspektiver på og erfaringer med holdningsskapende arbeid, kampanjer og tilsvarende.

3 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

Den nye Folkehelseloven har som målsetting at fylkeskommunen og kommuner skal drive et *kunnskapsbasert* og målrettet folkehelsearbeid. Delmål to handler om hva som er status i fylkeskommune og kommuner når det gjelder å drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Folkehelseloven (§ 5) sier at kommunene er forpliktet til å lage en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen med hensyn til både de positive og de negative faktorer som kan virke inn. Denne oversikten skal blant annet baseres på:

- opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen besitter gjøres tilgjengelig for kommunene
- kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene
- kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.

Fylkeskommunene skal også i følge paragraf 21 i folkehelseloven ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som virker inn på denne. En skriftlig oversikt skal blant annet baseres på opplysninger som statlige helsemyndigheter gjør tilgjengelig samt relevant kunnskap fra kommunene, tannhelsetjenesten og andre deler av fylkeskommunens virksomhet med betydning for folkehelsen.

Vi har brukt betegnelser som utfordringsdokument og utfordringsbilde om den påkrevde skriftlige oversikten.

Fylkeskommunen og kommunene skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller. At kommunene bruker Folkehelseinstituttets folkehelseindikatorer for den enkelte kommune er en praksis i denne retning.

I dette kapitlet skal vi undersøke hvor Rogaland fylkeskommune og de fire utvalgte kommunene står når det gjelder å drive kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Vi undersøker hvordan begrepet “kunnskapsbasert folkehelsearbeid” er tolket og hva som er sett på som barrierer i forhold til å utvikle og forbedre kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Vi har søkt å svare på følgende spørsmål:

- a) I hvilken grad har kommunene oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som påvirker denne?
- b) Hvordan har den pålagte tilstands- og utfordringskartleggingen (tidligfase) blitt gjennomført og operasjonalisert i form av tiltak og aktiviteter i kommunene
- c) Hvilke eksterne kilder for (forskningsbasert) helsekunnskap bruker kommunene aktivt (operasjonalisert i form av tiltak og aktiviteter) i folkehelsearbeidet?
- d) Hvilke typer vitenskapelig kunnskap har kommunene mest behov for og hvilken kunnskap savner de?

3.1 Hva ligger i begrepet kunnskapsbasert folkehelsearbeid?

Hva ligger egentlig i begrepet «kunnskapsbasert folkehelsearbeid»? Hva slags kunnskap er relevant for gjennomføring av den omfattende ambisjonen med folkehelsearbeidet som er beskrevet i definisjonen?

Begrepet «kunnskapsbasert arbeid» stammer fra det engelske begrepet «evidence based practice». «Evidence based practice» handler om å innhente sikker kunnskap fra statistikk og andre pålitelig kilder og omsette den i praksis (Wist, 2010). Metoden er brukt hovedsakelig i forbindelse med klinisk medisin. Flere har kritisert oversettelsen av «evidence basert» til «kunnskapsbasert». Kunnskapsbasert er sett på som et mer omfattende begrep.

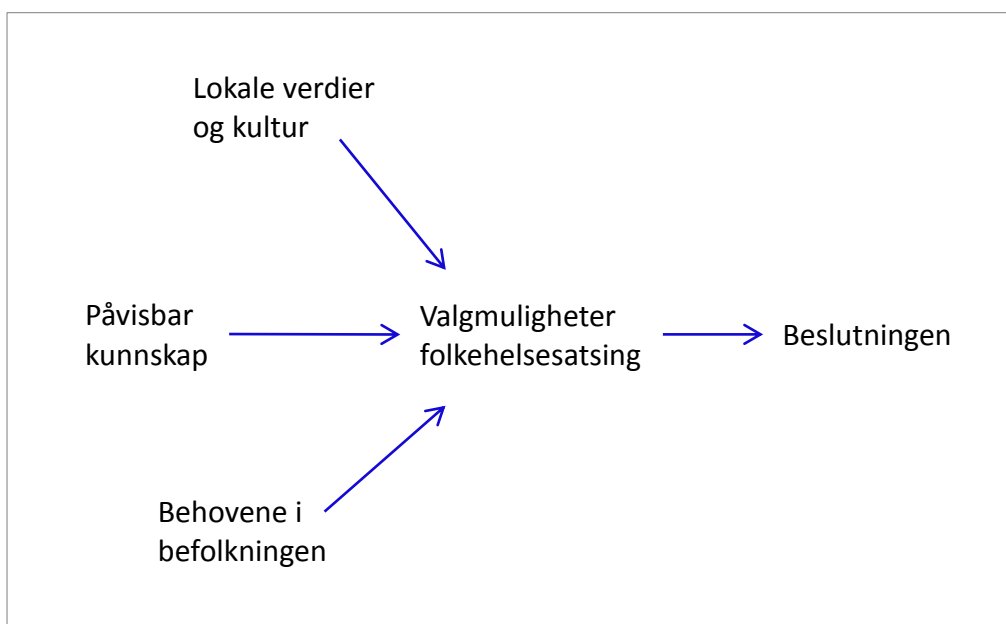
Ifølge Lillifjell, Knudtsen og Wist (2011, p. 6) hviler den beste tilgjengelige kunnskap på flere elementer: forskning og teori, kunnskap ervervet gjennom erfaring, brukerne eller borgernes kunnskap og medvirkning, samt verdier, ressurser og politikk.

Flere andre studier bekrefter at det er mest hensiktsmessig å bruke et bredere kunnskapsbegrep og ta i bruk kunnskap fra flere kilder i folkehelsearbeidet (Davis & Howden-Chapman, 1996; Dobrow, Goel, & Upshur, 2004; Gray, 1997; Naidoo & Wills, 2010; Swinglehurst, 2005). Disse konkluderer med at kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet bør inkludere resultater fra både kvantitative og kvalitative studier, og at lokalbefolkningen bør være involvert i arbeidet.

Betydningen av kontekst er også understreket (Duffany et al., 2011; Rychetnik et al., 2002). Dobrow et al. (2004) påstår at fokus på evidensbaserte beslutningsprosesser har neglisjert beslutningskonteksten. Konteksten inkluderer den interne beslutningskonteksten, det vil si miljøet der en beslutning tas, formålet med beslutningen, deltakerroller og selve prosessen fram til en beslutning. Konteksten er også den eksterne beslutningskontekst, som står for miljøet hvor en avgjørelse *anvendes*, og omfatter sykdomsspesifikke, rettslige, utenomrettslige og politiske faktorer. Eksterne kontekstuelle faktorer er faste, ukontrollerbare og kan ikke bli manipulert av beslutningstakere (i alle fall ikke på kort sikt).

Rychetnik et al. (2002) påstår at beslutninger tatt på grunnlag av bevisbasert evaluering kun favoriserer intervensjoner med et medisinsk fokus snarere enn et sosialt fokus, og er rettet mot individer snarere enn lokalsamfunn.

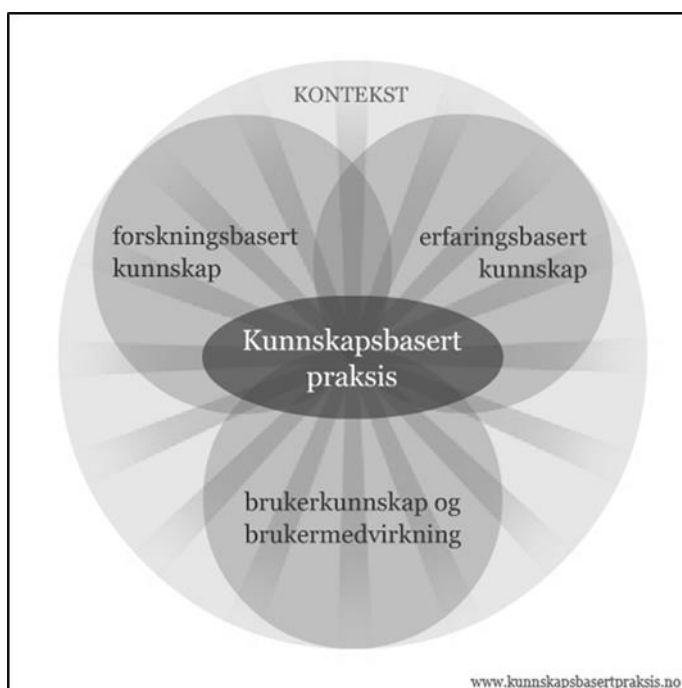
Andre vektlegger lokalsamfunnet. Eksempelvis hevder Muir Gray (2005) at politikere bør ta hensyn til disse tre lokale forholdene i beslutningsprosessen, se figur 1:



Figur 1 (Muir Gray, 2005)

3.1.1 Modeller for Kunnskapsbasert praksis

Mæland (Mæland, 2005) har utarbeidet en modell for kunnskapsbasert praksis i forebyggende helsearbeid. Modellen skiller mellom tre typer kunnskap: forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap og brukermedvirkning.



Figur 2. Kunnskapsbasert praksis

Kilde <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/>

Modellen passer godt til diskusjonen over. Kunnskapen til bruk i folkehelsearbeidet kan hentes både innenfor og utenfor kommunene, og ikke minst fra innbyggere. Suksess for folkehelsearbeidet i kommunene vil være avhengig av et samspill mellom de tre formene for kunnskap og av at aktørene tar hensyn til den lokale konteksten. Den forskningsbaserte kunnskapen er kompleks og inkluderer teori og kunnskap fra både kvalitativ og kvantitativ forskning. Forskning gir kunnskap om helsetilstand i befolkning fra kilder som for eksempel folkehelseprofilene, kunnskap om risikofaktorer og om faktorer som fremmer folkehelse, kunnskap om effekten av forskjellige folkehelseiltak og særlig kunnskap om implementering av folkehelseiltak.

Erfaringsbasert kunnskap bygges gjennom praksis og utvikles gjennom refleksjon og drøfting med andre praktikere. Bruerkunnskap er definert av Westerlund (2012) som den erfaringsbaserte kunnskapen en person har om sitt eget liv, sykdommer og bruk av tjenester. Å få adgang til brukerkunnskap og få til brukermedvirkning kreves nær samhandling med innbyggere og at beslutningstakere og andre aktører tar hensyn til brukerperspektivet i helseplanlegging og i utføringen av helsetjenester.

3.2 Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i case- kommunene

I denne delen av rapporten presenterer vi først en beskrivelse av funn fra hver av casekommunene og fra fylket knyttet til det å utvikle og gjennomføre et kunnskapsbasert folkehelsearbeid. Funnene kommer i hovedsak fra analyser av intervjuene: fokusgruppeintervjuer, intervjuer med folkehelse-koordinatorene og med ordførere. Funnene støttes av en gjennomgang av planene selv om planarbeidet er grundigere drøftet i rapportens kapittel 5. I seksjon 3. 3. 6. oppsummerer vi funnene fra casene og refererer til de to teoretiske modellene som er presentert tidligere (figur 1 og 2).

3.2.1 Lund Kommune

«Har god innsikt i korleis det er i kommunen»... «Må hungra etter ny kunnskap heile vegen.»

Informantene i fokusgruppeintervjuet uttrykker et generelt synspunkt om at folkehelsearbeidet er viktig og *har en god klang* i kommunen. Samtidig påpekes det at folkehelse er et omfattende begrep, det er folkehelseaspekter ved nesten alt de gjør til vanlig og de har holdt på med folkehelsearbeid lenge. Dette viser til et bredt strukturelt fokus og forståelse. Arbeidet med trivsel i skolen har for eksempel pågått over mange år og her ser de en positiv utvikling.

Kommunen synes de er godt i gang med arbeidet og ser ingen problemer med å møte de nye kravene til folkehelsearbeidet. Kommunen har ikke laget et utfordringsdokument, men på intervjutidspunktet holder de på med å lage en plan for folkehelsearbeidet. Planen tar utgangspunkt i folkehelseprofilen som de kjenner godt til, og de har sett på de punktene som evalueres i profilen. I planarbeidet har de i tillegg tatt i bruk data fra "Ungdata" og trivselsundersøkelser i skolene, samt data fra profilen til Rogaland

fylkeskommune. De har brukt malen og de har valgt de ti prioriteringspunktene som er anbefalt av folkehelseinstituttet.

Folkehelseprofilen viser at kommunen i store trekk ligger innenfor normalen på alle punktene men informantene mener at når profilen gir føringer må den både oppdateres og fylles ut med lokale observasjoner og prioriteringer. Deres erfaringer viser at de viktigste utfordringene er med enkeltstående og kjente grupper som fattige og barn og unge som sliter med sosial tilhørighet og skoleproblemer. Lund kommune er en tett kommune hvor folk kjenner hverandre godt; *«fordel med små miljø er at me veit kven dei er»*. I tillegg har ansatte i kommunen god kontakt med lege, skole og barnehage.

Kunnskap ble sett på som et sentralt punkt i folkehelsearbeidet og de uttrykte at de trengte kunnskap på mange områder. I likhet med Finnøy mener Lund kommune at de mangler kunnskap om hvordan de skal håndtere problemer og om hvilke tiltak som virker. *«Kva for tiltak som verkar – der treng me meir kunnskap»*.

De mangler også kunnskap om hvordan man formidler kunnskap om folkehelse til befolkningen generelt; *«me trenger kunnskap for me må også formidla kunnskap, få det ut så folk forstår»*.

I likhet med Finnøy kommune var det en bevissthet om at ikke alt som er viktig for folkehelse er målbart. Gode opplevelser i naturen som gir en følelse av mestring bidrar til god folkehelse. Det ble kommentert:

”Det er jo forskning som viser kva det gir å vera i naturen, og å oppleve mestring.”

3.2.2 Finnøy kommune

«Vi vet, men ikke hvorfor, sånn er det faktisk.»

Informantene i fokusgruppeintervjuet i Finnøy kommune er godt kjent med kravet i lovverket om å utarbeide en skriftlig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de faktorer som virker inn på denne.

I fokusgruppeintervjuet ble det opplyst av deltakere at kommunen hadde kommet litt seint i gang med denne kartleggingen, men at arbeidet var i gang nå. I kartleggingsprosessen gikk folkehelsekoordinatoren aktivt ut, besøkte folk og holdt folkemøter i kommunen.

Planleggingen og selve arbeidet med kartleggingen har skjedd samtidig. Kravet om kartlegging har ført til en økt bevissthet rundt folkehelse på både kommunens administrative og politiske nivå. Både de administrative ansvarlige og de politiske ansvarlige (ordføreren) er opptatt av at kartleggingen inkluderer både aktiviteter og tiltak som fungerer bra allerede, samt forhold som *ikke* kan måles, som for eksempel verdier og kultur. Disse er sett på som veldig viktige for folkehelsen. Her snakket informantene om verdier som inkludering, frivillig innsats og om den dugnadsånd som er en del av øykulturen;

«Jeg er litt opptatt av at vi skal også fokusere på det som er flott her på Finnøy. Det handler ikke bare om å gripe fatt i de tingene når vi gjør kartlegging - det og det

området fungerer ikke så godt, der kan vi bli bedre - men det er veldig mye vi er flinke til» fra fokusgruppeintervjuet.

...«Det er veldig mye fokus på ting som kan måles, penger, helse, røyk, alt dette her, men ... andre ting som for eksempel mangfold, naturen, inkludering, sånne ting er veldig viktig å få fram i folkehelseperspektiv og (det er) viktig å sette ord på en del av verdiene der, som folk etterlyser og som folk mener er viktig for sin livskvalitet.» fra fokusgruppeintervjuet

I fokusgruppeintervjuet bekreftet videre aktørene at de har god kjennskap til helsetilstanden i den lokale befolkningen. Det kommer tydelig fram i diskusjonen at gruppen er godt kjent med innhold i folkehelseprofilen og andre offentlige datakilder. I tillegg har kommunen drevet sin egen datainnsamling på andre områder. Her nevnes det for eksempel en undersøkelse blant ungdomsskoleelever, gjennomført i samarbeid med Rennesøy kommune.

Sammen med kommuneoverlegen har folkehelsekoordinatoren nå laget en oversiktsrapport som viser kommunens utfordringer. Rapporten består av en kartlegging som er utført av henne selv, resultater fra "Ungdata" og Helsedirektoratet sin folkehelseprofil, "tannhelse Rogaland", og data og grafikk fra folkehelseinstituttet, "kommunehelsa statistikkbank" som viser utviklingen over tid. I tillegg omfatter rapporten synspunkter og erfaringer fra kommuneoverlegen som har vært lege i kommunen gjennom 40 år og fra helsesøsteren i Finnøy kommune. De har brukt Folkehelseinstituttets rapportmal.

I et tett lokalsamfunn bygger kommuneansatte opp erfaringsbasert kunnskap gjennom god daglig kontakt med innbyggere. De etterlyser derimot mer forskningsbasert kunnskap om hvorfor helsetilstanden i kommunen er slik som den er. De har, for eksempel, gjennom ungdomsundersøkelsen avdekket at mange unge jenter i kommunen har psykiske helseproblemer, men de vet ikke hvorfor dette er tilfellet.

«Det mangler vi kunnskap om egentlig. Hvorfor er det sånn?»

I tillegg uttrykker de et ønske om mer kunnskap fra forskning om hvilke tiltak som er kjent for å fungere og hvordan man kan evaluere tiltak som blir satt i gang.

3.2.3 Haugesund Kommune

«Kartlegginga viste ikkje noko vi ikkje visste fra før»

Haugesund kommune var tidlig ute og laget forslag til en handlingsplan for folkehelse. Kartlegging av de helsemessige utfordringene ble laget seinere.

Arbeidsgruppen som jobbet med kunnskapsoversikten bestod av kommuneoverlege, folkehelsekoordinator, helserådgiver og økonomiperson. De har bevisst brukt flere datakilder, inkludert folkehelseprofilen, kartlegging utført av Asplan Viak (2012) for Rogaland fylkeskommune og egne tall.

...«Vi bygger opp kunnskap om folkehelse... Ser på folkehelsebarometer, folkehelseprofil. Vi er i en situasjon der vi bygger opp kunnskap. Så vi må lage tiltak.»

Det ble laget et folkehelse dokument som har gått til både politikere og folkehelseforum. Fokusgruppen mente at kartleggingen ikke har gitt ny kunnskap, men snarere har synliggjort behovene i kommunen. De har identifisert arbeidsledighet blant ungdommene som det største folkehelseproblemet i kommunen, og det er også det som er kommunens hovedsatsingsområde. De har ellers satt i gang tiltak på forskjellige områder og har opprettet en indikatorgruppe som skal følge med på hvordan pengene brukes.

Informantene kjenner godt til folkehelseprofilen til kommunen. Profilen viser at Haugesund har flere elever enn gjennomsnitt som ikke fullfører videregående skole og flere som er arbeidsledige i ung alder. I kontrast til Finnøy kommune var det ikke uttrykt noe bevisst behov for mer kunnskap. Som respons på et direkte spørsmål om kommunen mangler kunnskap, mente folkehelsekoordinatoren at en levekårskartlegging over de ulike bydeler ville gjøre dokumentet mer nyttig. ..» Det må vi jobbe med. Ellers blir slike dokument noe man ikke kan bruke.»

I andre del av intervjuet kom det fram at de ønsker å vite hvorfor noen har bedre helse enn andre. De satser på ting som de tror kan bidra til en bedre folkehelse, som en strategi for å få folk til å gå og bygging av sykkelstier, men kommunen synes at det er vanskelig å måle og bevise effekten av slike tiltak.

..«Det er så mange sannheter. Å måle effekter av noe... du vet ikke hvis, hvis ikke. Forferdelig vanskelig å måle». ..

Haugesund var også en av kommunene som nevnte viktigheten av folkeopplysning. I forslaget til handlingsplan er det nevnt ti satsingsområder som viser en tverrfaglig tilnærming. Noen av disse er veldig konkrete, for eksempel: «hjemmebesøk til førskolebarn», mens andre satsingsområder er mer diffuse, som for eksempel «sterke forelderferdigheter». Første prioritet er høy sysselsetting; fire tiltak er rettet mot barn og oppvekstvilkår; tre tiltak kan defineres som mestringstilbud til spesielle grupper. Planen referer en del til forskning som støtter opprettelsen av frisklivssentral.

3.2.4 Stavanger kommune

«Mye handler om kunnskap, men også om økonomi»

Fokusgruppen som ble intervjuet i Stavanger kommune hevder at de har god oversikt over tilstanden i kommunen. De har gjentatte ganger hatt en egen levekårsundersøkelse, og er nå i gang med nr. 5. Denne fanger opp utviklingen over tid. I tillegg bruker de folkehelseinstituttets levekårsprofiler. Ungdomsundersøkelsen er også sett som veldig viktig, det gjelder også andre kilder med generell helsestatistikk.

De uttrykker at de trenger mer kunnskap om spesifikke tema og at kunnskap må gjøres tilgjengelig for folk generelt. De var opptatt av hvordan man kan nå frem til folk med et budskap om helse.

“... Trenger mer kunnskap om små barns psykiske helse. Må bli bedre på folkeopplysning”...

De savner også kunnskap om hvilke tiltak som gir størst effekt og hvordan man kan måle effekten av tiltak som er iverksatt;

”Men det er mye verre å finne god kunnskap om effekter. Hva betyr det at vi får flere sykkelveier?”

”Og så er det krevende å måle. Hvordan måle at det vi gjør styrker folkehelsen? Kanskje mye av det vi kan måle, f.eks. fedme hos barn og unge, det er vanskelig å si at det ikke ville ha økt så mye, eller om ting hjelper, det vet vi veldig lite om. Men tror at det er viktig hva kommunen gjør til tross for måleproblemer.”

Samtidig hevder informantene i Stavanger kommune at det finnes endel tiltak som man vet virker, men som de ikke har greid å sette i gang på grunn av økonomiske begrensinger. Her nevnes det for eksempel ulykkesregistrering.

Stavanger kommune savner mer informasjon og dialog med statlige myndigheter som Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Her nevnes det spesielt informasjon om folks leverammer og livsstilsutfordringer og sammenhengen mellom levevaner og helse. «*Vet at det er godt å gå tur, men. Kunnskapsgrunnlaget er så som så...*»

3.2.5 Rogaland fylkeskommune

«Det kartleggingsarbeidet som har skjedd til nå har vært helt nødvendig».

Fylkeskommunen ser på kartlegging som nødvendig og svært viktig arbeid. De er opptatt av å skape et godt datagrunnlag om folkehelse. De opplever at det kan være vanskelig å skaffe kunnskapsoversikt fra kommunene. Noen kommuner er bra men ikke alle. De synes at folkehelseinstituttets profiler er gode. Kommunene bruker de mye.

I fokusgruppeintervjuet påpeker informantene at det er mye statistisk data tilgjengelig men at de mangler analysekompetanse. Statistiske data kan brukes til å identifisere sammenhenger. De etterlyser data fra forskjellige kilder men uten å spesifisere hvilken type data eller hva de leter etter.

Videre ser fylkeskommunen et behov for indikatorer for om planene virker, om retningslinjer fremmer ønsket bokvalitet. Slik kunnskap ønsker de å kunne dele med kommunene, og at kommunene deler den seg imellom.

3.2.6 Fylkesmannen

Et intervju med Fylkesmannens kontor ga et litt annet perspektiv og tolkning når det gjelder kommunenes ansvar for folkehelse.

Fylkesmannen forteller at han har tre hovedoppgaver knyttet til folkehelse: a) Tolkning av regelverk b) tilsyn og kontroll c) bevilgning av tilskudd til frisklivssentral.

Loven (§23) pålegger i tillegg Fylkesmannen å bidra i folkehelsearbeidet med veiledning. Kunnskapsformidling var ikke nevnt som en hovedoppgave av informanten. Han mente at hovedutfordring for kommunene var å få til progresjon i folkehelsearbeidet og å knytte dette arbeidet til det strategiske planarbeidet, og mangel på kunnskap var ikke noen barriere mot progresjon. Snarere dreide det seg om mangel på administrativ og politisk forankring.

Informanten påpekte at det er en del tiltak formidlet gjennom helsedirektoratet som er kjent og utprøvd og som man vet virker men som likevel ikke er tatt i bruk av kommunene. Som eksempel nevnte han røykesluttkurs og program rettet mot barn (friprogram). Disse programmene er evaluert og forsket på, likevel er det bare 50% av ungdommen i Rogaland som er med. Ifølge informanten må kommunene være flinkere til å ta disse i bruk.

Samtidig erkjente informanten at man trenger mer kunnskap om hva som virker og å spre denne kunnskapen. De har en forventning om at kommuner og fylkeskommuner følger med og evaluerer egne tiltak. Denne prosessen er en løpende prosess og kommuner vil etter hvert bygge opp erfaringer.

3.3 Sammenfattende vurdering

Folkehelseloven bygger på en forutsetning om at kommunene kan innhente informasjon om folkehelseutfordringer og årsaker til disse, og at det gir grunnlag for å drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Fylkeskommune og kommuner har alle arbeidet med skriftlige dokumenter som omhandler folkehelsesituasjonen. Men formatene varier:

- Egne dokumenter som beskriver trekk ved folkehelsesituasjonen foreligger for Finnøy og Haugesund kommuner og Rogaland Fylkeskommune.
- Stavanger har gjennomført levekårsundersøkelser over lengre tid, og benytter seg også av mange andre typer av data.
- Folkehelseinstituttets kommuneprofiler blir brukt i kommuner og fylkeskommunen.
- De fleste har utarbeidet folkehelsepolitiske dokumenter/planer som er mer eller mindre ferdige utkast. Det gjelder ikke Finnøy kommune.
- Finnøy kommune har arbeidet med kartleggingstiltak gjennom innhenting av lokalkunnskap, ved besøk på kommunens øyer.

Oppsummert kan vi konkludere med at samtlige case-kommuner har arbeidet systematisk for å skaffe seg oversikt over helsetilstanden i egen kommune og at de snakker overbevisende om dette. Alle kjenner godt til data i folkehelseprofilene og samtlige referer til en rekke andre datakilder. Tre av kommunene henter aktivt inn andre typer av data/informasjon for å supplere data i profilene og data fra statistiske kilder. Denne studien viser at kommunene vet ganske mye om hvor man står overfor problemer og på hvilke områder hvor igangsatte folkehelseiltak fungerer bra. De har stor breddekunnskap om folkehelseutfordringene i egen kommune. I forhold til modellen (Figur 2.) kan vi konkludere med at kommunene i studien aktivt har bygget kunnskap fra alle tre kilder: fra forskning, erfaring og fra brukerne (befolkningen).

Utfordringer med hensyn til kunnskapsbasert folkehelsearbeid

I våre intervjuer fremkommer en rekke utfordringer med hensyn til å drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

En utfordring er hvordan kunnskapen fra de ulike kilder kan koordineres og hva som bør vektlegges i planlegging og beslutningsprosessen? Loven understreker viktigheten av å bruke statistiske data, men både teori, empirisk forskning og "sunn fornuft" støtter en balanse mellom de tre kildene avhengig av konteksten (Figur 2.). Samtidig er det en nødvendig forutsetning at denne lokalkunnskapen samles systematisk og dokumenteres. I den forbindelse vil det også være ønskelig for kommunene, som påpekt av informanter i kommunene, å få inn forskningsbasert kunnskap og erfaringer fra andre steder.

En annen utfordring er at man har mangelfull kunnskap om årsaker til de problemene som er identifisert. En tredje utfordring handler om hvordan få tak i mer informasjon om tiltak som virker og hvordan disse kan implementeres. En fjerde utfordring handler om hvordan kommunene skal formidle folkehelseinformasjon til befolkningen generelt.

Mulige tiltak

En evidensbasert tenkning bygger på en relativt kontrollerbar og presis kunnskap om forholdet mellom årsak og virkning. I praksis, og som diskutert tidligere i kapitlene, har hvert lokalsamfunn sin egenart, og innsikt i sammenhenger mellom problemene og årsaksmekanismer. I konteksten hvor helseproblemer oppstår er innsikten mangelfull.

Fylkeskommunen har i nettverkssamling juni 2014 vektlagt at kommunene må drive med evaluering. Evaluering er kanskje det viktigste tiltak som kommunene kan arbeide med for å styrke det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet. Med evaluering tenker vi her på evalueringer knyttet opp mot den lokale konteksten og hvor en tar opp utfordringer som en er spesielt opptatt av.

Evalueringer knyttet opp mot et konkret tema og målgruppe kan gjennomføres med ulike ambisjonsnivå og på ulikt vis, avhengig av hvor mye ressurser man har tilgjengelig. De kan baseres på både intern og ekstern kompetanse. Evaluering forutsetter en systematisert og gjennomtenkt måte å vurdere et tiltak på. Noe evaluering er bedre enn ingen evaluering. Alternativet innebærer at man baserer seg på synsing.

For kommunene vil det generelt sett være viktig å samle inn data om viktige tiltak/områder i folkehelsearbeidet, og som kan danne grunnlag for evaluering på et senere tidspunkt. Informasjon som gjelder gjennomføring av tiltak: innsats, prosess, aktiviteter, deltakelse og resultater, er alt viktig å ha kunnskap om. Det vil være viktig av kommunene å tenke gjennom sentrale folkehelseområder, hvilke indikatorer det bør samles inn data om, og legge til rette for at dette blir gjort.

Evaluering rettet mot det lokale er viktig å prioritere også fordi at det kan kobles opp til de andre utfordringene skissert foran. Når man jobber med konkrete og lokale områder, blir behov for annen forskningsbasert kunnskap, om tiltak og formidling, aktualisert og tydeliggjort.

4 Folkehelse som systematisk planlegging

4.1 Innledning

Under delmål 3 i prosjektet stiller vi spørsmål om hvordan folkehelse integreres i kommunens planarbeid. Hvor langt har man kommet med hensyn til dette? Hvilken rolle spiller planlegging i folkehelsearbeidet? Hvordan kan denne delen av folkehelsearbeidet styrkes?

Folkehelse er en side ved samfunnsutviklingen som er av langsiktig karakter. Myndighetene vektlegger betydningen av å se folkehelseutfordringer og samfunnsplanlegging i sammenheng. Den nylig fremlagte Folkehelsemeldingen (Meld. St. 34 (2012-2013)) løfter frem plan- og bygningsloven som et viktig verktøy når det gjelder å ivareta den tverrsektorielle bredden i folkehelsearbeidet. Planlegging forutsettes å ivareta langsiktighet i folkehelsearbeidet, ivareta behovet for å styrke den politiske forankringen og sikre medvirkning i planprosessen. I den reviderte plan- og bygningsloven⁵, gjort gjeldende fra 2009, er det å fremme befolkningens helse og å motvirke sosiale helseforskjeller presisert som viktige formål med planleggingen, jfr. plan- og bygningsloven §3.1. Den nylig vedtatte Folkehelseloven⁶ stiller krav til både fylkeskommuner og kommuner om å utarbeide et skriftlig utfordringsbilde av folkehelsesituasjonen. Denne utfordringsoversikten skal inngå som grunnlag for arbeidet med kommunenes planstrategi, jfr. plan- og bygningsloven §10.1.

Folkehelseloven vektlegger planlegging som en viktig del av folkehelsearbeidet. Intensjonen slik dette skisseres i lov og stortingsmelding om folkehelse er at dette arbeidet organiseres integrert i det ordinære kommuneplanarbeidet. Både samfunns- og arealdelen av kommuneplanen er aktuelle områder å relatere folkehelsearbeidet til.

Introduksjon av et planregime innen folkehelse koblet opp mot kommuneplanrevisjoner kan ses som uttrykk for at man antar et bredt perspektiv på folkehelse. Hvorvidt man også innarbeider folkehelse i tema- eller sektorrettede planer, viser hvordan folkehelsearbeidet konkretiseres, innrettes og forankres tverrsektorielt.

I dette kapitlet skal vi se nærmere på hvor fylkeskommune og kommunene står i dette arbeidet. Hva gjøres når det gjelder å innarbeide folkehelse som tema i egne folkehelseplaner, kommuneplaner eller delplaner? Vi vil også se på bruken av utfordringsbilder som grunnlag for utvikling av planer.

5 Lov 2008-06-27 nr. 71: lov om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven)

6 Lov 2011-06-24 nr. 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)

4.2 Planlegging i kommunene

4.2.1 Lund kommune

Lund kommune utarbeidet forslag til en folkehelseplan som ble lagt frem på møtet i kommunestyret i mars 2013. Saken ble imidlertid sendt tilbake til administrasjonen uten endelig vedtak. Det skjedde på bakgrunn av forslag om å innarbeide henholdsvis en handlingsplan, samt alkohol/rustematikk og skolebarns problemer med overvekt i planen. Siden den tid har det vært jobbet videre med planen og handlingsdelen er utvidet ifølge rapport fra folkehelseforum. Planen skal etter en ny høringsrunde legges frem for kommunestyret til ny behandling over nyttår 2014.

Planforslaget slik det forelå ved første gangs kommunestyrebehandling, var ikke basert på utarbeidelse av utfordringsdokument eller kommunale oversikter over helsetilstanden i Lund. Kommunen har i sitt arbeid med planen i stedet basert seg på Folkehelseinstituttets profiler. Disse indikerer at kommunen står overfor utfordringer når det gjelder mobbing og trivsel i skolen og psykiske lidelser knyttet til depresjon, angst og alkoholmisbruk. For øvrig baseres planen på egne observasjoner og kunnskap om hva som foregår i kommunen.

I folkehelseplanen har man formulert visjonen «Helse i alt vi gjør». Gjennom tre hovedmålsettinger har man tilnærmet adoptert Rogaland Fylkeskommunes målsettinger gjengitt foran: (i) Kommunen skal fremme god helse, trivsel, inkludering og utjevne sosiale helseforskjeller. (ii) Man skal sikre den politiske og administrative forankring av folkehelsearbeidet. (iii) Det skal drives et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Til den første hovedmålsettingen knyttes mål/delmål på en rekke områder: trygg barndom, høy kvalitet i barnehagene, helsefremmende skoler, frisk i friluft, fremme god helse, aktiv aldring, kultur gir trivsel og tett samarbeid med frivillige. På de aller fleste av disse områdene har man spesifisert konkrete tiltak i en handlingsplan for inneværende år. Den andre hovedmålsettingen om politisk og administrativ forankring knyttes til mål om aktiv bruk av folkehelseplanen og til at folkehelse ivaretas i samfunns- og arealplanlegging på alle nivåer. Det jobbes således med folkehelse tema i ny kommuneplan. Folkehelse skal inn som tema under fokusområdet livskvalitet sammen med andre innsatspunkt av spesiell betydning for folkehelsearbeidet: friområder, turstier og skoleveger, skole og barnehage, kultur, støybekjemping og gode nærmiljø. Kommunen ser dertil for seg at SLT-arbeidet skal kobles tett på folkehelsearbeidet.

4.2.2 Finnøy kommune

Finnøy er den av våre fire casekommuner som har kommet kortest når det gjelder den formelle planprosessen. Folkehelsekoordinator har i samarbeid med kommunelegen utarbeidet en oversiktsrapport som viser kommunens utfordringer. Dette gjøres både ved hjelp av statistiske oversikter og besøk på øyer som kommunen består av, med sikte på å kartlegge aktivitet.

I rapporten pekes det både på generelle utfordringer og forhold som vedrører særskilte målgrupper. Sosiale ulikheter, store geografiske avstander, mangel på sosiale møtestedet og lite fysisk aktivitet er generelle utfordringer som trekkes frem, og som gjelder flere grupper eller alle innbyggerne. Av grupper trekkes frem flere, som middelaldrende menn og risiko for hjerte/kar sykdommer, gravide og deres levevaner, samt barn, ungdom, innvandrere og eldre med sine spesifikke utfordringer.

Oversiktsrapporten skal i neste omgang innarbeides i samfunnsdelen i kommuneplanen med sikte på vedtak av administrasjon og politikere. Denne prosessen er påbegynt, blant annet ved at en tidligere erfaren politiker er hyret inn til arbeidet med dette. Folkehelsekoordinator skal i den forbindelse også bidra med informasjon og dialog i forhold til ulike enheter i kommunen.

4.2.3 Haugesund kommune

Haugesund har gjennom flere år arbeidet med sin folkehelsestrategi. Bystyret gjorde høsten 2009 vedtak om å styrke folkehelsearbeidet. Kommunen gikk inn i partnerskap med fylkeskommunen og fylkesmannen. Et relativt skissepreget forslag til handlingsplan for folkehelse med beskrivelse av satsingsområder forelå tidlig i 2012. Dette skulle tjene som et arbeidsdokument inntil strategi for kommuneplan var på plass. I neste omgang skulle folkehelse og SLT samkjøres i en felles plan.

Kommunen har så langt ikke utarbeidet en egen folkehelseplan. Folkehelse inngår imidlertid, som tidligere påpekt, i planstrategien for kommuneplanen som er under arbeid. Man ser for seg at folkehelse skal inngår i alt planarbeid. Folkehelse tema innarbeides også i tekniske planer. Satsingsområder i utkast til handlingsplan er (i) sosial utjevning i helse, (ii) økt fysisk aktivitet, levevaner og livsstil, (iii) støttende miljø for psykisk helse, (iv) trygge lokalsamfunn – fysisk miljø.

En kartlegging av helsetilstanden ble ferdigstilt først tidlig i 2013. I kartleggingen kom det fram at «kommunen har størst utfordringer på områdene fattige, eneforsørgere, arbeidsledige, unge, uføre og psykisk helse». Videre diskusjoner om dette forutsettes tatt inn i gruppene som arbeider med kommuneplanenes samfunnsdel.

4.2.4 Stavanger kommune

Stavanger kommune har en strategiplan for folkehelse «Det gode liv i Stavanger. Strategiplan for Folkehelsearbeidet 2013-2029» Kommunen har hatt brede prosesser. Man benytter ikke begrepet «utfordringsbilde», men har foretatt kartlegginger av helsetilstanden til innbyggerne. Disse inngår som vedlegg til planer. I disse kartleggingene inngår levekårsundersøkingene, folkehelseprofilene og mye annen statistikk.

Arbeidet med planen har tatt ti år, med andre ord lang tid. Oppstart av arbeidet går tilbake til den første folkehelsemeldinga. Ifølge informanter har prosessen vært mye fram og tilbake med vekt på å skape bred forankring. Folkehelse blir omhandlet i kommuneplanene. I den forrige planen av 2010-2025 ble dette tema løftet frem for

første gang. Den nåværende hevdes å *være* en folkehelseplan, dvs. at folkehelse går gjennom som en rød tråd hvor allting vurderes opp om folkehelsemålet. Folkehelse er med både i samfunns- og arealdelen av planen.

Videre inngår folkehelse som tema i en rekke kommunedelplaner/temaplaner som plan for universell utforming, integreringsplan, idrettsplan, miljø- og klimaplan, sentrumsplan og sykkelplan. Dertil kommer en rekke planer innen helse og omsorg. Kommunen vektlegger således et planperspektiv hvor folkehelse integreres i dybden av planhierarkiet, ikke bare på overordnet plan.

Utkast til folkehelseplan ble sendt ut på forsommeren 2013 og planen har vært til bred politisk behandling. Siden planen er tverrsektoriell, går den ut til mange forskjellige fora, til formannskap, hovedutvalgene, bystyre, eldreråd, ungdommens bystyre, funksjonshemmedes råd.

Folkehelseplan omfatter fire satsningsområder: (i) Gode bo og nærmiljøer, (ii) Mestring og gode levevaner i småbarns- og skolealder, (iii) Levevaner som bidrar til god helse, (iv) Bærekraftig miljø. Sosial utjamning vektlegges som hovedpremiss i folkehelsestrategien. Fokus på bo og nærmiljøer og ulikheter i levekår mellom bydeler slik dette fremkommer i levekårsundersøkelser inngår som et element i dette. Satsing mot barnehager og skoler inngår også som element i den sosiale utjammingsstrategien. De øvrige satsingsområdene, levevaner og bærekraftig miljø, har i sin tematikk i hovedsak et generelt og bredt målgruppefokus slik dette beskrives i planutkastet.

På tiltaksnivå opererer kommunen med en omfattende matrise av forskjellige tiltak, i dokumentet plassert i tilknytning til de ulike strategiene. Tiltakene har stor bredde og relaterer seg til alle hoved-sektorer i kommunenes virkefelt: levekår, oppvekst, og utbygging. Mange av tiltakene har startet opp langt tilbake i tid og er forankret i planer og vedtak før den nye folkehelseloven ble iverksatt, så som «Hovedplan for vannforsyning, vannmiljø og avløp 2011-2022», «Klima- og miljøplan 2010-2025», «Sykkelstrategi for Stavanger med handlingsplan 2011-2015» etc. I tiltaksmatrisen finnes også vedtak av nyere dato, etter at ny folkehelselov ble gjort gjeldende.

4.2.5 Haugesund kommune

Haugesund har gjennom flere år arbeidet med sin folkehelsestrategi. Bystyret gjorde høsten 2009 vedtak om å styrke folkehelsearbeidet. Kommunen gikk inn i partnerskap med fylkeskommunen og fylkesmannen. Et relativt skissepreget forslag til handlingsplan for folkehelse med beskrivelse av satsningsområder forelå tidlig i 2012. Dette skulle tjene som et arbeidsdokument inntil strategi for kommuneplan var på plass. I neste omgang skulle folkehelse og SLT samkjøres i en felles plan.

Kommunen har så langt ikke utarbeidet en egen folkehelseplan. Folkehelse inngår imidlertid, som tidligere påpekt, i planstrategien for kommuneplanen som er under arbeid. Man ser for seg at folkehelse skal inngå i alt planarbeid. Folkehelse tema innarbeides også i tekniske planer. Satsningsområder i utkast til handlingsplan er (i) sosial utjevning i helse, (ii) økt fysisk aktivitet, levevaner og livsstil, (iii) støttende miljø for psykisk helse, (iv) trygge lokalsamfunn – fysisk miljø.

En kartlegging av helsetilstanden ble ferdigstilt først tidlig i 2013. I kartleggingen kom det fram at «kommunen har størst utfordringer på områdene fattige, eneforsørgere, arbeidsledige, unge, uføre og psykisk helse». Videre diskusjoner om dette forutsettes tatt inn i gruppene som arbeider med kommuneplanenes samfunnsdel.

4.2.6 Rogaland Fylkeskommune

Rogaland Fylkeskommune har arbeidet aktivt med folkehelse i planprosesser. Regionalt folkehelsearbeid er fra 2010 en lovpålagt oppgave for fylkeskommunene. Fylkeskommunene er i den nye folkehelseloven pålagt et særskilt ansvar som støttespiller og pådriver overfor kommunene. En forståelse i fylkeskommunen av at planlegging kanskje er det viktigste virkemiddelet som fylkeskommunen rår over i dette arbeidet, har bidratt til at folkehelse er flyttet fra kultur til regionplan i Rogaland Fylkeskommunes organisasjon.

Fylkeskommunen har i en forstand vektlagt det gode eksempel når det gjelder å følge den anbefalte prosedyren i loven. Man har for det første fått utarbeidet en oversikt over helsetilstanden i fylket (Asplan Viak, 2012), og har blant annet på bakgrunn av denne utarbeidet en folkehelseplan for fylket. I oversikten over helsetilstanden påpekes det at fylket kommer forholdsvis bra ut på de fleste indikatorer som er beskrevet. På mange områder ligger man nær landsgjennomsnittet. På noen områder kommer man særlig godt ut: Fylket har en ung befolkning, lav arbeidsledighet lavt syke- og uførefravær, høy medianinntekt, lav alder på boligmassen, lav andel anmeldte lovbrudd, forholdsvis lavt frafall fra videregående skole og god tilgang på sykkel- og gangveier. På enkelte områder kommer imidlertid fylket dårligere ut enn landsgjennomsnittet. Det gjelder blant annet omfang av narkotikaforbrytelser, høye boligpriser, press på urørt natur, forholdsvis lite leke- og rekreasjonsareal i tettsteder, et høyt antall trafikkdrepte og høy andel eldre som bruker legemidler mot psykiske lidelser. I kartleggingen gis ingen sammenfattende analyse hvor de ulike indikatorene ses i sammenheng.

Fylkeskommunen gir i folkehelseplanen en del sammenfattende vurderinger av kunnskapsgrunnlaget knyttet opp mot tre sentrale folkehelseområder: fysisk miljø, levevaner og psykisk helse. Vurderingene gis på grunnlag av kartleggingen (Asplan Viak, op.cit.), innspill fra ressursgrupper knyttet til de ulike områdene, forskning og tilgjengelig teori og lovverk.

I «Regionalplan for folkehelse i Rogaland. 2013-2017» fremmes tre overordnede målsettinger:

- Fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller.
- Sikre politisk og administrativ forankring av folkehelsearbeidet.
- Drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid.

Disse målsettingene utmyntes i handlingsplan, delmål og strategier knyttet opp mot tre sentrale folkehelsesatsninger: (i) «Aktive og trygge lokalsamfunn», (ii) «støttende miljø for psykisk helse», samt (iii) «sunne levevaner». Her konkretiseres blant annet tiltak

man på bakgrunn av kartlegging og kunnskapsinnhenting mener er av særskilt relevans for fylket.

- I satsingen for «aktive og trygge lokalsamfunn» fokuseres det fysiske miljøet. Særlig vekt legges på at folkehelseperspektivet blir inkludert i kommunenes areal- og transportplaner. Videre arbeides det for at helse og utjevning av sosiale forskjeller skal vurderes i alle politiske saker på regionalt nivå. Trafikksikkerhetstiltak omfattes også av dette feltet.
- Satsingen «støttende miljø for psykisk helse» vektlegger for det første sosiale møteplasser og tiltak rettet mot utsatte eller potensielt marginaliserte grupper som lavinntektsfamilier, innvandrere, eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne, personer med lettere psykiske plager etc. For det andre rettes denne satsingen mot mål om at fylket skal ha helsefremmende barnehager og skoler av høy kvalitet.
- Satsingen på sunne levevaner relateres for det første særlig til forhold som knytter an til folks hverdagsaktivitet og det fysiske miljø, som sykkelstier, grøntområder og universell utforming. For det andre omfatter satsingen tiltak for å styrke levevaner blant inaktive grupper.

Fylkeskommunen har også planer og satsingsområder når det gjelder sitt arbeid med folkehelse i kommunene. Fylket prioriterer i planperioden å:

- Ivareta lovpålagt ansvar om å skaffe oversikt over helsetilstanden i fylket og faktorer som påvirker denne.
- Jobbe videre med partnerskapsrelasjoner i folkehelsearbeidet
- Styrke folkehelseperspektivet i regional planlegging, herunder med vekt på å veilede og hjelpe kommunene.
- Forankre folkehelseperspektivet i tilskuddsordningene
- Vektlegge evaluering av tiltak og forskning

Når det gjelder fylkeskommunens eget arbeid, påpekes det i fokusgruppeintervju også at man står overfor utfordringer. Det gjelder forholdet mellom folkehelse som tverrsektoriell oppgave og primæroppgavene i ulike områder som skole og kultur. Det trekkes også frem som en utfordring at kjerneoppgavene som naturlig nok blir sett som viktigst, kan skygge for ivaretagelse av folkehelsehensyn. Disse utfordringene knytter seg blant annet til det å jobbe sektorovergripende og til å sikre økonomi også til folkehelsearbeid i konkurranse med de store budsjettområdene.

4.3 Oppsummerende vurdering

Folkehelse er i ferd med å integreres i kommunenes planlegging. De har imidlertid kommet ulike langt i dette, og har til dels fulgt ulike strategier.

Flere, men ikke alle, arbeider med en egen folkehelseplan. Fylkeskommunen har laget en slik plan. Det samme gjelder Stavanger kommune. Haugesund har ikke laget en egen

folkehelseplan, men har i en form for arbeidsdokument laget forslag til en handlingsplan med definerte satsningsområder. Lund har laget et utkast til folkehelseplan som er under bearbeiding i kommuneadministrasjonen. Finnøy har ikke laget en egen plan, men jobber med folkehelseutfordringene med sikte på å innarbeide disse i kommuneplanen.

Alle kommunene vil innarbeide folkehelse tema i kommuneplanen. Men bare Stavanger har realisert dette – så langt. Stavanger hadde også folkehelse som tema i den forrige planen av 2010-2025, men hevder at folkehelse nå er enda tyngre inne – som den røde tråden - i nåværende plan. I tråd med en slik tenkning er folkehelse tema også med i arealdelen av kommuneplanen og er videre med i en rekke delplaner. Inntrykket er at Stavanger er den av de fire casekommunene som i størst grad har integrert folkehelse i planleggingen. De øvrige tre kommunene har alle planprosesser på gang hvor innarbeiding av folkehelse i kommuneplanen er tema. Haugesund har også intensjoner om å knytte folkehelse til andre planer som tekniske planer og SLT. Lund har også planer om å koble folkehelse og SLT.

Kommunene har kommet godt i vei med dette, særlig når det gjelder folkehelseplanlegging på overordnet nivå i folkehelseplaner og kommuneplaner. Tatt i betraktning at det bare er vel to år siden at ny folkehelselov er etablert må dette kunne sies å være en rimelig grei start på arbeidet med å implementere den nye folkehelseloven.

Planlegging kan imidlertid styrkes ytterligere som verktøy i folkehelsearbeidet. Vi vil peke på et par mulige innsatsområder.

Styrking av planlegging som verktøy i folkehelsearbeidet?

Folkehelse i folkehelseplaner og kommuneplaner er en måte å sette folkehelse på dagsorden, og å fastlegge satsinger og tiltak som ønskes iverksatt. Visjoner, mål og strategier blir her definert, og bidrar til å forankre folkehelse på overordnet politisk og administrativt plan.

Ytterligere konkretisering og kobling til aktører på andre nivåer i kommunens organisasjon kan skje i tilknytning til planer på andre nivåer, som temaplaner og som element i delplaner. Ved slik å tenke folkehelse som et tverrgående tema som skal gjennomsyre alle slags planer, kan man oppnå en annen type og indirekte effekt, nemlig at planlegging spiller en holdningsskapende og meningsdannende rolle hvor det minnes om å ta hensyn til folkehelse der hvor dette har relevans.

Mulig tiltak

Stavanger har kommet lengst med å la folkehelse prege plantenkningen på ulike nivåer. Haugesund har ambisjoner om dette. Ved å motivere for og arbeide med dette i kommunene generelt, vil man muligens på sikt kunne innarbeide folkehelse som en av de faktorer som alltid blir vurdert og tas hensyn til, på samme måte som f.eks. økonomi må.

Styrket utfordringskartlegging

Utarbeiding av et utfordringsbilde som kartlegger folkehelsesituasjonen inngår i anbefalt metodikk for planlegging. Dette blir i større eller mindre grad benyttet, blant annet ved bruk av indikatorer og statistiske oversikter. Det kan slik vi ser det være gevinster å hente i å utvikle denne metodikken. I stor grad er det deskriptive og statistiske oversikter av enkelttema og -variabler som lages. Slik kan man avdekke problemer på enkeltområder. For i tillegg å etablere oversikt over helheten, kan det være at man skal gjennomføre analyser og vurderinger hvor ulike tema og indikatorer ses i sammenheng med sikte på grundigere vurderinger og analyser.

Mulig tiltak

Kommunenes arbeid med oversiktsbilder bør utvikles videre ved å arbeide med opplegg og analyser for å se utviklingen på delområder i sammenheng. Dette handler både om strukturering av kartlegging, kvantitative og kvalitative vurderinger. En pilotstudie over hvordan metodikken kan videreutvikles anbefales.

5 Folkehelse som samstyring

5.1 Innledning

I delmål 4 i prosjektet stilles spørsmål om hvordan aktører samhandler og samarbeider i folkehelsearbeidet. Utvikles det nye former for samarbeid i kommunene og i fylkeskommunen? Kan disse bidra til et bedre folkehelsearbeid?

Folkehelse er i sin karakter en tverrsektoriell oppgave. Det er ikke en typisk sektor underlagt en offentlig administrativ styringsmodell slik man finner på andre felter som helse, samferdsel og skole. På slike andre felter skjer utforming og iverksetting av politikken gjennom et samvirke mellom (i) sentrale og regionale offentlige instanser som definerer mål, strategier og planer og (ii) lokale operative enheter med et primæransvar for å iverksette politikken overfor målgruppen.

Det finnes aktører med ansvar for å utforme politikk på området, og det finnes i kommunene personer med særskilt ansvar for å koordinere virksomhet på feltet. Men det finnes ikke enheter med et operativt hovedansvar for å gjennomføre en folkehelsepolitikk. Dette forutsettes gjennom en rekke aktører, skoler, helsetjenester, tekniske virksomheter, frivillige organisasjoner mv. som ikke har folkehelse som primær oppgave.

Det er, på bakgrunn av dette, grunn til å stille spørsmål om hva slags organisasjonsmodeller offentlige instanser som kommuner, fylkeskommune og fylkesmann, alle med ansvar for gjennomføring av politikk på dette området, legger til grunn. Og hva som er forutsetning for at slike modeller skal fungere. Et perspektiv som kan anvendes for å studere sammensatte aktørsystemer er begrepet samstyring, på engelsk «governance».

Samstyring kan defineres som den «ikke-hierarkiske prosessen» hvor ulike aktører koordinerer sine virksomheter for å gi de felles retning og mening. Det er spesielt tre aspekter ved samstyring som er sentrale: (i) at man har noen felles mål, (ii) aktørene er gjensidig avhengige, (iii) at beslutninger fattes gjennom samspill og samarbeid (Røiseland og Vabo, 2012).

Definisjonen av samstyring er vid, og den omfatter både vertikale og horisontale relasjoner. Det skjer horisontale samarbeid og koordinering mellom ulike aktører internt i kommunen, og det er vertikale relasjoner mellom kommuner og fylkeskommune og til dels også i forhold til statlige myndigheter, blant annet via fylkesmannen.

Vi vil i dette kapitlet se nærmere på kommuner og fylkeskommunens organisering og struktur for ivaretagelse av folkehelsearbeidet med vekt på hvordan aktørene samhandler og samarbeider.

5.2 Intern samhandling om folkehelse i kommunene

Alle case-kommunene er i ferd med å etablere en struktur for ivaretagelse av folkehelsearbeidet. Vi skal se på ulike elementer i denne strukturen og vil da fokusere på følgende tre hovedelementer, alle med vekt på ivaretagelse av folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og områder:

- folkehelseforum sammensatt av aktører fra ulike sektorer/avdelinger i kommunen,
- folkehelsekoordinator-funksjon med oppgave å følge opp folkehelsearbeidet
- forankring i kommunens ledelse

Den er både likhetstrekk og variasjoner i måten kommunene har valgt å organisere folkehelsearbeidet på.

5.2.1 Lund

I Lund er folkehelsearbeidet organisert ved en styringsgruppe bestående av sju personer: tre politikere, kommunalsjefer for helse og omsorg og skole og kultur, samt to folkehelsekoordinatorer. Denne gruppa forbereder og følger opp saker, og to ganger i året kalles det inn til et folkehelseforum som er en større gruppe.

Lund har to folkehelsekoordinatorer på deltid, en fra helse og omsorg og en fra skole og kultur. De gir uttrykk for ikke å ha så mye myndighet, men har kommet med forslag og fått disse gjennom. Lund er en liten kommune. Det legges vekt på å involvere lag og organisasjoner. Dette henger delvis sammen med kommunens stramme økonomi, men skjer også naturlig som følge av at kommunen er liten og det derfor er mye de samme personene som går igjen i politikk og frivillig organisasjonsliv.

Det hevdes at organiseringen av styringsgruppa kan gjøre veien kort fra idé til handling. Her inngår to kommunalsjefer og koordinatorer som utøvende aktører, samtidig som her også er politikere med kontakt inn i fagutvalgene og kommunestyret.

5.2.2 Finnøy

Finnøy er den av de fire kommunene som har kommet kortest når det gjelder formell organisering av arbeidet med folkehelse. For det første så har kommunen ikke noe folkehelseforum. Det vises imidlertid til at man har hatt en gruppe i forbindelse med et EU-prosjekt som hadde vekt på livsstil. Dette var politisk forankret og folkehelseaspekter inngikk som et viktig tema.

Kommunen har en folkehelsekoordinator i 20 prosent stilling. Vedkommende er forholdsvis ny i stillingen og har i første omgang arbeidet med å kartlegge og lage et utfordringsdokument vedrørende folkehelsesituasjonen. Dette arbeidet er utført i samarbeid med og med innspill fra kommunelegen. Planen er nå å presentere utfordringsdokumentet overfor kommunale etater. Folkehelsekoordinator har videre bedt om å komme til orde i kommunestyret.

Så langt har man ikke jobbet mye mot politikere når det gjelder folkehelse. Unntaket er i konkrete enkeltsaker f.eks. med hensyn til livsstilsentral.

5.2.3 Haugesund

I Haugesund kommune er folkehelseforum et topptungt organ. Assisterende rådmann, kommunaldirektør, seksjonsleder helse, kommuneoverlege, SLT-koordinator og folkehelsekoordinator er med i dette forumet.

Folkehelsekoordinator er organisatorisk plassert i rådmannens stab, hun er således sektoruavhengig. Hun opererer på tvers av kommunens organisasjon og «selger inn» og er «vaktbikkje» for folkehelse. I dette opplever hun å komme inn i de sammenhenger hun ber om det. Hun har eksempelvis jobbet i forhold til teknisk sektor med hensyn til å etablere og følge opp en praksis hvor folkehelse forutsettes vurdert i saksbehandlingen.

Folkehelseforum er sterkt forankret også i politisk ledelse. Over dette forumet er det en styringsgruppe bestående av politikerne og rådmann. De ulike politiske partiene er representert, og ordfører er også med i styringsgruppa. De kan gjøre vedtak om program/prosjekt, men ikke om bevilgninger, det er det formannskapet som gjør. Folkehelsekoordinator har imidlertid mulighet for å være til stede der hvis saker behandles.

5.2.4 Stavanger

Stavanger kommune har et folkehelseforum sammensatt av representanter fra avdelingene Bymiljø og utbygging, Kultur og byutvikling, Oppvekst og levekår og Økonomi og drift, samt folkehelsekoordinator. Alle de store, operative virksomhetsområdene er representert i dette forumet. Medlemmene i utvalget er på rådgivernivå, et mellomstilt i den kommunale organisasjonen. Det er imidlertid ikke en klar kobling mellom dette forumet og linjeledelsen. Dette påpekes å være forskjellig fra andre storbyer hvor medlemmene har en tydeligere rolle som iverksettere på avdelingsnivå.

Folkehelsekoordinator er plassert i samfunnsmedisinsk stab og rapporterer til helsesjefen. Plassering i tilknytning til helse er i en forstand i tråd med tradisjonell tenkning om folkehelse som en side ved helsetjenestene, og signaliserer i mindre grad den breddetenkning som den nye folkehelsepolitikken representerer. Koordinator har ikke myndighet i forhold til sektorene, men må kunne vise til planer og styringsdokumenter. Vedkommende har uttalerett og påvirkningsmuligheter. Rollen kan sies å være nettverkspreget, den handler om å jobbe på tvers (horisontalt) for å integrere folkehelsemotiver i en vertikal organisering.

Folkehelsearbeidet er ikke direkte forankret i kommunens ledelse. Folkehelseforum er som nevnt rekruttert fra mellomnivået i organisasjonen. Koordinator er ikke plassert i rådmannens stab, til tross for folkehelsearbeidets tverrsektorielle innretning. Folkehelsearbeidet er på overordnet plan indirekte koblet til kommunens ledelse via kommuneplaner og delplaner, og vil også kunne komme inn via budsjetter og særskilte prosjekter.

5.3 Eksterne relasjoner med hensyn til folkehelse

Det offentliges organisering av det lokale folkehelsearbeidet er delt mellom kommuner, fylkeskommune og fylkesmann. Kommunene er de primære aktørene som skal planlegge og iverksette folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen har en pådriverrolle. Fylkesmannens primære rolle er tilsynsrollen, mens den i liten grad har egne utviklingsoppgaver.

5.3.1 Fylkeskommunen

Fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid er definert i folkehelseloven. Her heter det i § 20 for det første at fylkeskommunene skal arbeide med folkehelse i relasjon til egen virksomhet. For det andre skal de støtte folkehelsearbeidet i forhold til kommunene, være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket. Et viktig element med hensyn til begge disse målene handler om at fylkeskommunen skal skaffe seg oversikt over helsetilstanden i fylket og faktorer som påvirker denne, jfr. § 21.

Som beskrevet i foregående kapitler har fylkeskommunen arbeidet med egen strategi. Når det gjelder forholdet til kommunene påpekes det at dette er krevende. De ulike kommunene er kommet mer og mindre langt i arbeidet med dette. Det hevdes å være et problem sett fra fylkeskommunens side at man i så liten grad kan gjøre innsigelser gjeldende. I dette ligger at man ikke har et regelverk i ryggen med myndighet til å gjøre innsigelser, påvirke beslutninger og prioriteringer. En informant fra kommune påpeker den store forskjellen i så måte jevnført med feltet universell utforming hvor fylkeskommunen kunne komme med innsigelser. Det er ikke samme trykket på dette når det gjelder folkehelse.

De virkemidler fylkeskommunen har er partnerskapsavtaler, muligheter til å gi noe økonomisk støtte og at man har personer med kompetanse på folkehelse som kan bistå kommunene, eksempelvis gjennom nettverkssamlinger.

Partnerskapet omfattet ved inngangen av 2013 24 av 26 kommuner i Rogaland. I tillegg var Helse Stavanger med, de fire friluftsrådene i fylket, Stavanger og Haugesund Turistforening, Nasjonalforeningen for folkehelse og Jæren DPS.

Partnerskapet er avtalefestet. Avtalene med kommunene er brede og omfattende. Formålet med partnerskapet er «å samordne folkehelsearbeidet i fylket og bidra til å oppfylle hovedmålene i den nasjonale og regionale folkehelsepolitikken, om å fremme god helse og utjevne sosiale helseforskjeller». Formålet med selve avtalen er å konkretisere oppgave- og ansvarsfordelingen. Vi har sett på hvordan dette er beskrevet i en partnerskapsavtale. Det har vi gjort ved å fordele oppgaver og ansvar på kategoriene ledelse, penger og kunnskap.

Fylkeskommunens ansvar og oppgaver er som følger:

Ledelse.

- Samordne og støtte kommunenes folkehelsearbeid ved å lede partnerskapet.
- Legge til rette for nettverksbygging, erfaringsutveksling og faglig styrking blant partnere.
- Følge opp regionalplan for folkehelse

Penger.

- Bevilge midler til aktørene i partnerskapet. Omfang avhenger av politiske prioriteringer
- Bidra med informasjon om aktuelle statlige og regionale tilskuddsordninger og tilby veiledning i søknadsprosess

Kunnskap.

- Formidle kunnskap og erfaringer om modeller og metoder
- Bidra med statistikk og veiledning mht. kommunenes behov og tiltaksanalyser innen folkehelsearbeidet
- Gjennomføre evaluering av partnerskapet
- Videreutvikle en elektronisk plattform med relevant informasjon om folkehelsearbeidet i Rogaland.

Og videre om kommunens ansvar:

Ledelse/styring

- Deltakelse i partnerskapet skal forankres politisk.
- Folkehelsearbeidet skal forankres i kommuneplanene og i alle sektorer i egen organisasjon.
- En folkehelsekoordinatorstilling skal etableres.
- Det skal opprettes et kommunalt folkehelseforum hvor alle sektorer er representert
- Det skal årlig utarbeides en handlingsplan med hvilke konkrete kunnskapsbaserte tiltak kommunen vil prioritere for å løse lokale folkehelseutfordringer. Handlingsplanen bør behandles politisk og beskrive planlagte aktiviteter, ansvarsfordeling, tidsplan, opplegg for evaluering og budsjett for gjennomføring.
- Det skal utarbeides en egen frivillighetspolitikk hvor lokale frivillige organisasjoner inviteres til å delta

Penger

- Det skal ytes en kommunal egenandel tilsvarende det fylkeskommunale tilskuddet.
- Tilskuddet fra fylkeskommunen forutsettes i hovedsak benyttet til gjennomføring av kunnskapsbaserte aktiviteter eller evaluering av prosjekt i handlingsplan. Det skal ikke benyttes til lønn til folkehelsekoordinatorstilling.

Kunnskap

- Det skal formidles kunnskap om erfaringer om modeller og metoder innen folkehelsearbeid.
- Kommunene skal ha løpende oversikt over helsetilstanden og sentrale påvirkningsfaktorer for helse i kommunen.
- Det skal utarbeides et utfordringsdokument, som skal gjøres kjent og drøftes med politikere, i alle sektorer i kommunen og blant frivillige aktører i lokalsamfunnet
- Det skal tas initiativ til å samle informasjon om lokale helsefremmende og forebyggende lavterskeltilbud som gjøres lett tilgjengelig for innbyggerne.
- Det skal inviteres til samarbeid som bidrar til formidling av forskningsbehov til lokale utdannings- og forskningsinstitusjoner i den grad det vurderes som nødvendig.

På en måte regisserer denne avtalen rammene for prosessene rundt folkehelsearbeidet i kommunene, herunder også fylkeskommunens rolle. I hovedsak er det generelle rammer som tas opp. Slik sett legger man opp til en samstyring hvor fylkeskommune og kommuner har partnerskap rundt iverksetting. Ser vi tilbake på beskrivelsene foran ser vi at kommuner og fylkeskommune er i prosess med aktiviteter knyttet til mange av de elementene som her er beskrevet. Det gjelder eksempelvis folkehelsekoordinatorer, folkehelseforum, planer etc. På et par områder er man også forholdsvis konkret. Det gjelder frivillighetspolitikk og informasjon om helsefremmende lavterskeltilbud.

Fylkeskommunen har rolle som pådriver for primærkommunenes folkehelsearbeid. I den forbindelse forteller fylkeskommunen at de er opptatt både av det kunnskapsmessige grunnlaget, og av hvordan kommunene kan motiveres for dette arbeidet. Blant annet har fylkeskommunen ambisjoner om å bistå kommunene når det gjelder statistiske analyser. Særlig de mindre kommunene har mangel på ressurser i så måte. Det pekes videre på at fylkeskommunen ikke har særlig med virkemidler når det gjelder å stimulere til folkehelsearbeid. Det gjelder både positive (gulrot) og negative virkemidler (pisk). Man disponerer over lite økonomiske virkemidler til folkehelsearbeid, og man har få sanksjonsmuligheter for å trekke med kommunene eller pålegge dem å gjøre jobben bedre.

I våre samtaler med kommunene gis noen synspunkter på samarbeidet med fylkeskommunen.

Den økonomiske støtten per kommune utgjør forholdsvis små beløp, avhengig av politiske prioriteringer. Beløp nevnt av kommunene er 100 000 - 150.000 kroner. I fylkets folkehelseplan vises til at det i 2013 var avsatt 3,7 millioner kroner i stimuleringsmidler til fordeling blant aktørene i partnerskapet. Disse tilskuddene verdsettes i de små kommunene, mens de kommenteres som småbeløp i de store. Fra en større kommune pekes det på at partnerskapsavtalen i utgangspunktet skal gi økonomisk støtte, men at det er veldig mye rapportering som kreves sett i forhold til det beløp som man mottar.

Kommunale informanter gir positive tilbakemeldinger på fylkeskommunens nettverkssamlinger, hvor man kan treffe andre kommuner og frivillige organisasjoner. Det er forskjeller mellom store og små kommuner i vårt casemateriale når det gjelder vurdering av den kompetansestøtte som fylkeskommunen gir. De små kommunene gir

uttrykk for å være mer tilfreds enn de store. En liten kommune vektlegger betydningen av å samarbeide med fylkeskommunen, både med hensyn til å dra nytte av fylkeskommunens nettverk og muligheter for økonomisk støtte. Fra en annen blir det påpekt at fylkeskommunen har en aktiv tilnærming. De har fått hjelp med organisering av folkehelsearbeidet og de har fått tips om hva som skjer. Fra en større kommune etterlyses det at fylkeskommunen skal kunne vise til kunnskap og mer av de gode eksemplene, slik at man «slapp å lete opp alt selv». Også fra enn en annen og større kommune påpekes det at fylkeskommunen kunne vært bedre til å komme med egne forslag, og bidra med mer informasjon, gjerne om hva andre kommuner gjør.

5.3.2 Fylkesmannen i Rogaland

Fylkesmannen i Rogaland skal i følge Folkehelselovens § 23 bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet. Denne instansen har også en rolle som pådriver, både i forhold til kommuner og fylkeskommune.

Fylkesmannen har tre hovedoppgaver: (1) Tolking av regelverk; (2) Tilsyn og kontroll; og (3) Tilskudd til frisklivssentral. Tidligere, før den nye loven kom, var Fylkesmannen mer aktiv når det gjaldt kurs og samlinger etc. Nå er rollen mer tilbaketrukket av hensyn til tilsynsansvaret. Tilskuddet til frisklivssentraler er i en forstand et unntak. Dette tilskuddet er forholdsvis beskjedent, og sju kommuner i Rogaland har fått midler.

Når det gjelder tilsyn og oppfølging ble det utført et pilot-tilsyn høsten 2013. Meningen er at man nå skal sette i gang med tilsynsbesøk i 5-6 kommuner og fylkeskommunen. Det vil sannsynligvis bli gjennomført med vekt på styring av aktiviteter på folkehelseområdet. Innen 2015/16 skal det ha vært gjennomført tilsyn med alle kommuner.

Fra fylkesmannens side påpekes det at kommunene har kommet ulikt langt i arbeidet med dette. Ikke alle kommunene har tatt kravene og arbeidsmetodikken inn over seg. Det gjelder kravet om at kommunene skal ha oversikt om forhold som skaper dårlig helse. Fylkesmannen understreker at det er viktig å følge med på utviklingen innen spesifikke områder, om den går i positiv retning. Videre oppfatter Fylkesmannen mangelfull forankring av folkehelsearbeidet i egen organisasjon som en barriere.

Innen folkehelsefeltet vektlegges planarbeid. Fylkesmannen påpeker at fylkeskommunen har tatt et godt grep med å ta dette arbeidet inn i planavdelingen. Det er et viktig strategisk signal til kommunene. Slik Fylkesmannen ser det, ligger det et problem i det at kommuneplanene er veldig fokusert på areal og transport. Samfunnsdelen av planen er, ifølge Fylkesmannen, også viktig i kommunehelsearbeidet. Det hevdes å være et stykke å gå med hensyn til å gjøre planarbeidet politisk forpliktende, f.eks. gjennom handlingsplaner.

5.3.3 Frivillig sektor

Folkehelsearbeidet vektlegger også å trekke inn frivillig sektor. Vi har ikke sett spesielt på dette i denne studien. Det som imidlertid fremkommer relativt tydelig er at de små

kommunene i mye større grad enn de større vektlegger dette aspektet. Deres perspektiv på dette er at frivillig sektor både er en ressurs, et instrument som man kan benytte, og et viktig element i lokalsamfunnet som i seg selv har betydning for folkehelse.

5.4 Oppsummerende drøfting

Hovedinntrykket er at de undersøkte kommunene har kommet godt i gang når det gjelder å tilrettelegge folkehelsearbeidet administrativt og styringsmessig innenfor de nye rammene som det legges opp til i loven. Samtidig er det også slik at kommunene har ulik fremdrift i prosessen.

Alle de fire kommunene har fått på plass folkehelsekoordinator, som arbeider med det praktiske og administrative på tvers av sektorer. Folkehelse er et lite område rent administrativt. I de minste kommunene handler det om deltidsstillinger, i bykommunene én til to stillinger. Rollen som koordinator er heller ikke gitt stor myndighet. Formelt sett størst innflytelse har koordinator fått i Haugesund hvor vedkommende er plassert i rådmannens stab, og med muligheter for å stille i formannskapet ved behandling av folkehelsesaker.

Folkehelsekoordinators oppgaver handler særlig om å koordinere arbeidet når det gjelder tverrgående kommunikasjon og planlegging, herunder å gjøre dette arbeidet kunnskapsbasert. Til dels dreier det seg om å drive «innsalg» av folkehelse tema. Man skal påse at folkehelse som tema blir hensyntatt i ulike sektorer og sammenhenger.

Tre av de fire kommunene har egne folkehelsefora sammensatt av representanter fra ulike områder. Modellene er imidlertid svært ulike, særlig med hensyn til koblinger til ledelsesnivå. Finnøy har ikke etablert noe folkehelseforum. Mest solid forankret synes folkehelsearbeidet å være i Haugesund. Her er kommunale sjefer med i folkehelseforum, og forumet har en styringsgruppe med ordfører og politikere. Haugesund har dertil etablert et system hvor folkehelse skal inn i vurderingene ved behandling av saker. Stavanger har et bredt sammensatt folkehelseforum, men det kommunale sjefsnivået er ikke representert, og det er ikke direkte kobling til politisk ledelse. Koblingen her er via politisk behandling av planer og konkrete prosjekter. Lund har et lite utvalg hvor både folkehelsekoordinatorer, kommunale sjefer og politikere er representert, og med slik sett kort veg til beslutningsnivået.

Fylkeskommunen har gjennom partnerskapsavtaler og nettverk etablert relasjoner til kommunene når det gjelder å drive frem arbeidet med folkehelse. Partnerskapsavtalene gir omfattende føringer for hvordan fylkeskommunen tenker seg at det skal jobbes med dette. En gjennomgang av avtalestrukturen viser hvordan det særlig legges vekt på strukturer og metoder for styring/ledelse og den kunnskapsbygging som fylket arbeider med i forhold til kommunene.

Den største begrensningen når det gjelder å motivere for økt folkehelsearbeid ligger antagelig her, det vil si i økonomi og ressurser. Fylkeskommunen har ikke mye penger som kan brukes til folkehelsearbeid. Heller ikke staten har det. Riktignok har fylkesmannen gitt støtte til en del frisklivssentraler. Det var forutsatt at det i statens støtte til kommunene via samhandlingsreformen skulle ligge midler. Dette har vi ikke

sett spesielt på i dette prosjektet. Det generelle bildet er imidlertid at mange kommuner sliter med å ha nok penger til å dekke inn andre oppgaver i reformen.

I sum vil vi si at styring i forhold til folkehelse tema handler om samstyring, om styring på tvers mellom virksomheter/sektorer innen kommunen, og mellom kommunene og andre offentlige aktører. De tverrgående styringsrelasjonene er under utforming og utvikling. I den forbindelse utpeker det seg områder hvor kommunene kan ta grep for å styrke folkehelsearbeidet.

Folkehelsekoordinators rolle og myndighet

Folkehelsekoordinatorene har begrenset myndighet når det gjelder det området som de har ansvar for. De fungerer som vaktbikkjer og innselgere med mulighet for å påvirke, ikke som aktører med myndighet når det gjelder å fremme folkehelsearbeid. Man er slik sett avhengig av velvilje hos de som har ansvar i de primære virksomhetene for å bli hørt. Dette har med folkehelsearbeidets tverrsektorielle karakter å gjøre.

Mulig tiltak

Folkehelsekoordinators rolle og funksjonsansvar kan på ulike vis styrkes. Det kan knyttes til både regler for saksbehandling, som i tilfellet Haugesund, med rett til deltakelse i plan-/beslutningsfora, og rett til uttalelser/kommentar til planer etc.

Forankring av folkehelse i ledende og bevilgende organer

I svært varierende grad er folkehelse forankret i forhold til kommunenes ledelse. Haugesund har den formelt sett sterkeste forankringen i form av folkehelsekoordinator plassert i rådmannens stab, et folkehelseforum med kommunale ledelse og en styringsgruppe med ordfører og politikere representert. Stavanger har et folkehelseforum bestående av personer på mellomnivå. Lund har en kombinasjon av folkehelsekoordinatorer, kommunale ledere og politikere i en sentral styringsgruppe. Finnøy har svak forankring i folkehelsearbeidet så langt, uten noe eget folkehelseforum og en folkehelsekoordinator på deltid under helse.

Mulig tiltak

Det er ikke gitt hva som er den i alle henseender riktige modell for å forankre folkehelsearbeidet. Det må imidlertid, gitt feltets tverrsektorielle karakter samtidig som det meste av folkehelsearbeid ikke er underlagt lovkrav, være viktig at det sikres en forankring både høyt i kommunenes administrasjon og ved, på en eller annen måte, å involvere politikere i folkehelse relaterte fora.

Fylkeskommunens rolle som kompetanseressurs

Fylkeskommunen bidrar når det gjelder råd og føringer med hensyn til kommunenes planlegging, styring og ledelse av folkehelsearbeidet, samt når det gjelder kompetansesiden. Som ekstern aktør kan man gi kommunene råd og støtte når det gjelder organisering og strategier, selv om det til syvende og sist er kommunene selv som bestemmer hvordan de vil arbeide med ting. Når det gjelder kompetansesiden, i det å sikre at folkehelsearbeidet blir kunnskapsbasert, kan fylkeskommunen antagelig i enda større grad utvikle seg til en fellesressurs for kommunene.

Mulig tiltak

Med referanse til gjennomgangen i tidligere kapiteler kan flere områder trekkes frem som sentrale for utvikling av fylkeskommunens rolle som kompetanseressurs: (i) oppbygging av en tematisert kunnskapsdatabase med referanser til forskning og andres erfaringer med folkehelseiltak, og som gjøres tilgjengelig for kommunene, (ii) bistand med tenkning rundt analysedel av skriftlige utfordringsdokumenter som grunnlag for strategier og planarbeid, samt (iii) egne evalueringer av folkehelsearbeid eller støtte til evaluering av lokale folkehelseiltak

6 Oppsummerende drøfting

6.1 Innledning

Gjennom den nye folkehelseloven har kommuner og fylkeskommune fått tydeliggjort sitt ansvar for folkehelsearbeidet. Med den nye loven vektlegges de overordnede samfunnsmessige rammer for folkehelsepolitikken og kommunenes ansvar for dette. Den nye loven kom 1.1.2012, og kommuners og fylkeskommuners arbeid med dette er i støpeskjeen. Hvordan er situasjonen i kommunene når det gjelder folkehelsearbeidet? I hvilken grad arbeides det med folkehelse i tråd med de føringer som ligger i lovverket? Hvilke utfordringer møter kommunene i folkehelsearbeidet?

Forprosjektets overordnede mål er å utvikle og formidle kunnskap om de muligheter og utfordringer som foreligger med hensyn til hvordan fylkeskommunen og kommunene kan styrke sin innsats i folkehelsearbeidet i tråd med ambisjonene i ny folkehelselov.

Dette hovedmålet er utmyntet i fire delmål:

- (i) Delmål 1: Hvilken innretning og perspektiv på folkehelse legger kommunene til grunn for sin virksomhet på feltet?
- (ii) Hvordan vektlegger man å ha en kunnskapsbasert tilnærming i arbeidet med dette?
- (iii) Hvordan følges lovverket om å se folkehelseutfordringer og samfunnsplanlegging i sammenheng?
- (iv) Folkehelse er i sin karakter en tverrsektoriell oppgave. Hvordan ivaretas dette gjennom organisering av folkehelsearbeidet?

6.2 Delmål 1: Innretning av folkehelsearbeidet

I et lengre historisk perspektiv har folkehelsepolitikken i hovedsak vært rettet mot sykdom og direkte helseforebygging (Tellnes & Andresen, 2006). I den nye folkehelseloven er man opptatt av å se på folkehelse i et bredt perspektiv som i prinsippet omfatter alle faktorer som direkte eller indirekte kan påvirke befolkningens helse og trivsel.

Hvordan tenkes og arbeides det så med dette i kommunene? Våre case illustrerer med all tydelighet at bredden i folkehelsebegrepet er et budskap som har fått gehør i kommunene. Kommuner og fylkeskommuner legger til grunn en forståelse som omfatter alle slags påvirkningsfaktorer som påvirker livs- og helsesituasjonen. De løfter frem sosiale ulikheter/utsatte grupper som et viktig område. Dette er i tråd med signalene som gis i den nasjonale folkehelsepolitikken.

Våre undersøkelser gir positivt bekreftende svar på spørsmålet under delmål 1: Kommunene har primært hatt et bredt lokalsamfunnsperspektiv på folkehelsearbeidet og

ikke et sykdomsperspektiv. De tar i noen grad også opp helsespørsmål i smalere forstand, men slike spørsmål har ikke en sentral plass i det totale bildet.

Når det gjelder utviklingsbehov og tiltak for å styrke innsatsen har vi pekt på behov for å utfylle og tydeliggjøre overordnede visjoner/mål som gir retning på arbeidet i aktuelle planperioder. Samtidig som folkehelse tema har relevans i kanskje de fleste saksfelt og problemstillinger, vil det være viktig å si noe om hva man vil legge mest vekt på i en gitt periode. Det å prioritere oppmerksomhet og ressurser med sikte på å jobbe med det som man oppfatter som de «riktige» tingene handler om måleffektivitet.

Vi har også pekt på en del utfordringer knyttet til iverksetting av folkehelsearbeidet, som er av allmenn og overordnet karakter, og som derfor må relateres til kommunenes innretning av folkehelsearbeidet. Det handler om økonomi til folkehelsearbeid, hvor det er begrenset med ressurser, i hvert fall når det gjelder tiltak primært rettet mot folkehelse. Det dreier seg videre om at folkehelsearbeid samtidig som dette i stor grad defineres som et offentlig anliggende, i siste instans handler det om den enkeltes ansvar for egen helse. Det krever tydeliggjøring, informasjon og holdningsskapende arbeid. Endelig er det utfordringer knyttet til å innarbeide ansvar for folkehelse i virksomhetsområdene, hvor folkehelse er ett av mange sidetema som kommer i tillegg til det som er virksomhetenes hovedmål. Alt dette er tema som krever gjennomtenkning og strategiske vurderinger på et overordnet nivå i folkehelsearbeidet, f.eks. i relasjon til folkehelseplaner.

6.3 Delmål 2: Kunnskapsbasert folkehelsearbeid

I folkehelseloven kreves det at kommunene skal kartlegge og lage en skriftlig oversikt over helsetilstanden og hva som innvirker på denne. Fylkeskommunen skal også skaffe seg en oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som påvirker denne.

Problemstillingen under delmål 2 har vært å se på status når det gjelder dette. Våre undersøkelser viser at det har vært arbeidet systematisk med å skaffe seg kunnskap over situasjonen i fylkeskommune og kommuner. Alle kjenner godt til folkehelseprofilene og samtlige refererer til en rekke andre datakilder. Tre av kommunene henter aktivt inn andre typer av data/informasjon fra brukere. I kommunene vet man ganske mye om hvilke områder man står overfor som problemområder.

Det skal samtidig understrekes at det er krevende å skaffe seg så omfattende kunnskap som ønsket for å kunne sette seg inn i tiltak og prioritere hva man skal gjøre. Det finnes en rekke tema og spørsmål hvor kommunene har mangelfull kunnskap. Dette gjelder både hva som er forskningsbasert kunnskap, hvilke tiltak som har vært prøvd, hvor de har vært prøvd og hvordan de virker. Det er ikke så merkelig at det er slik, gitt den store bredden av folkehelsefeltet, den forholdsvis korte tid man har jobbet med dette og med begrensninger i personell og ressurser rettet mot dette.

Spesielt utfordrende synes det å være å vurdere sammenhenger mellom folkehelseproblemene og den lokale konteksten. Hvorfor er f.eks. psykiske

helseproblemer blant unge særskilt utbredt i en kommune? Utfordringen knytter seg særlig til det som er noe av hovedtanken i folkehelseetnningen, nemlig å se på sammenhenger mellom bakenforliggende faktorer som påvirker helsen og fordeling av helse i befolkningen.

Utfordringen når det gjelder å drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid handler således ikke bare om en statistisk kartlegging av bredden i folkehelsebildet og på hvilke områder situasjonen er utfordrende. Det handler like mye om å gå i dybden på områder med særskilte problemer for å søke å forstå årsaker og kontekst for de utfordringer man står overfor og hvilke virkemidler som kan settes inn. Til det kreves ulike typer av kunnskap, perspektiver og metoder.

Det er på denne bakgrunn at vi, når det gjelder utviklingsbehov og tiltak for å styrke innsatsen på dette området, særskilt vil trekke frem behovet for evaluering av områder/tiltak sett i en lokal sammenheng. Kommunene bør velge ut de områder/tiltak som man planlegger å evaluere, gjerne allerede ved oppstart av tiltak. Evalueringen bør planlegges med hensyn til hvilke spørsmål man ønsker å ta opp, hvilke indikatorer man vil se spesielt på og hva slags data som kreves. Da kan man underveis i tiltaket samle inn relevante data til nytte for selve evalueringen.

6.4 Delmål 3: Folkehelse som systematisk planlegging

Ifølge Folkehelseloven skal den kunnskapsoversikten som kommunene er pålagt å utarbeide, inngå som grunnlag for kommunenes planstrategier. Folkehelseloven løfter fram plan- og bygningsloven som et viktig redskap for å ivareta den tverrsektorielle bredden i folkehelsearbeidet. Planarbeidet forutsettes videre å ivareta langsiktighet i folkehelsearbeidet, ivareta behovet for å styrke den politiske forankringen og sikre medvirkning i planprosessen.

Problemstillingen under delmål 3 har vært å se på hvordan folkehelse integreres i kommunens planarbeid. Vår undersøkelse viser at folkehelseperspektivet er i ferd med å bli integrert i den overordnede kommuneplanleggingen. Fylkeskommunen har utarbeidet sin egen folkehelseplan. Tre av de fire kommunene har mer og mindre ferdige utkast til folkehelseplaner. Dette bidrar til at temaet folkehelse får en forankring på overordnet plan i kommunen.

Kommunene har imidlertid kommet ulikt i prosessen. I varierende grad er det slik at folkehelse tema konkretiseres i del- og temaplaner. Her har Stavanger kommet mye lenger enn de andre kommunene.

Ved å knytte folkehelse opp til planlegging på ulike nivåer oppnår man både en direkte effekt ved at mål, strategier og tiltak blir konkretisert. Like viktig vil det kunne være å sikre at folkehelse tema får en menings- og holdningsdannende effekt gjennom planprosesser. For å oppnå slike effekter vil det være viktig å etablere folkehelse som tema også på lavere nivåer enn kommuneplanen. Ved at folkehelse spørsmål stilles f.eks. i utbyggingsplaner og -prosjekter kan man oppnå noe av dette.

Et anbefalt tiltak for å styrke folkehelsearbeidet er følgelig at kommunene også går lenger i folkehelse relatert planarbeid enn å jobbe med folkehelse i kommuneplaner og egne folkehelse relaterte planer. At det også arbeides med å etablere folkehelse som plantema på andre nivåer og ulike sektorer i kommunen.

Et annet tiltak som vi vil trekke frem, handler om kunnskapsoversikten over utfordringer som skal danne grunnlag for planleggingen på overordnet plan. Slik vi ser det kan det være gevinster å hente ved å utvikle denne fra primært å vektlegge beskrivende statistiske oversikter til også å inkludere analyser og syntese pregede vurderinger. Vårt forslag er å gjennomføre en pilotstudie når det gjelder dette.

6.5 Delmål 4: Folkehelse som samstyring

Av folkehelse temaets bredde følger at særdeles mange aktører er involvert i utforming og iverksetting av politikken. Folkehelse er i sin karakter en tverrsektoriell oppgave, relatert til ulike styringsnivåer og til frivillig sektor. Feltet går på tvers av samfunnssektorer, fag- og politikkområder. Ulike nivåer, kommune, fylkeskommune og stat, er involvert. Dette feltet fungerer ikke etter en tradisjonell hierarkisk og administrativ styringsmodell hvor sentrale aktører definerer mål, rammer og konkrete strategier, mens lokale aktører har ansvar for iverksetting innen definerte og organisatoriske rammer, slik man eksempelvis finner det på områder som skole og helse.

Samstyring (engelsk governance) er et perspektiv som ivaretar en slik breddematikk hvor ulike aktører og nivåer er involvert. Begrepet kan defineres som en «ikke-hierarkisk prosess hvor ulike aktører koordinerer virksomhet med sikte på å oppnå en felles retning og mening».

Under delmål 4 stilles spørsmålet om hvordan aktører samarbeider og samhandler i folkehelsearbeidet og om det oppstår nye former for samstyring. Vi finner det riktig å si at kommunene er underveis når det gjelder dette. De er i ferd med å utvikle strukturer på tvers av den kommunale virksomheten, nettopp for å fange opp de tverrsektorielle utfordringene som kjennetegner folkehelsefeltet. Dette skjer på flere måter i kommunene; Folkehelsekoordinatorer, folkehelsefora og tilsvarende, samt folkehelse relaterte planregimer (jfr. forrige kapittel), er alle virkemidler for å ivareta dette.

Det er imidlertid utfordringer når det gjelder den rolle og betydning ulike virkemidler har. For det første har folkehelsekoordinator-rollen, slik denne i dag fungerer, ikke noen særlig sterk posisjon i kommunens organisasjon. Det handler antagelig mer om å være aktiv og selge inn ideer (noe som selvsagt er positivt) til ulike aktører enn om å ha formell myndighet og rettigheter i forhold til kommunale prosesser.

For det andre er folkehelsefora på ulike måter forankret til administrativt og politisk nivå i kommunen. Bare i én kommune er folkehelsekoordinator i rådmannens stab. Flere er plassert i området helse til tross for vektlegging av at folkehelse handler om det meste og bare i mindre grad om helse ut fra smalere, medisinske perspektiver. Når det

gjelder folkehelseforum, mangler fortsatt en av kommunene dette. I de øvrige er folkehelsefora i varierende grad forankret til administrativt ledelsesnivå og til det politiske nivå.

Vi har pekt på noen innsatsområder hvor det å jobbe mer med organiseringen vil kunne styrke folkehelsearbeidet i kommunene. Et tiltak vil derfor kunne være å jobbe for at kommunene tydeliggjør og formaliserer folkehelseansvarliges rolle og funksjonsansvar på ulike områder. Et annet tiltak vil kunne være å jobbe for at folkehelsefora forankres på administrativt ledelsesnivå i alle kommuner, og at også det politiske nivå direkte involveres i folkehelsearbeidet.

Utfordringer for fylkeskommunen fremover kan knyttes til flere av de forhold som er beskrevet foran. Det er naturligvis behov for ytterligere rådgivnings- og mobiliseringstiltak overfor kommunene når det gjelder videre utvikling av folkehelserelaterte planregimer og styrking av den interne organisering i kommunen.

Der hvor fylkeskommunen som ekstern aktør og støttespiller kanskje i størst grad kan ha en rolle overfor kommunene, er ved å jobbe videre med å bidra til at folkehelse blir kunnskapsbasert, jfr. fremstilling i tidligere kapitel. Dette er et omfattende område hvor det vil kunne være viktig å utvikle felles kompetanseressurser med relevans og nytte for de særskilte utfordringer kommunene i fylket står overfor.

Referanser

Andresen, A. (2003). Helserrådet – forebygging i epidemienes tid. I Elvebakken, K. T. og G. Riise (red.). *Byen og helsearbeidet*. Fagbokforlaget

Asplan Viak (2012): *Kartlegging av helsetilstanden i Rogaland*

Braathen, E, Lie, T. og Nødland, S.I. (2011) *Alkoholfrige soner. Evaluering av AV-OG-TILs kampanjearbeid*, rapport IRIS – 2011/114

Davis, P., & Howden-Chapman, P. (1996). *Translating research findings into health policy*. *Social Science & Medicine*, 43(5), 865-872. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(96\)00130-X](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(96)00130-X)

Dobrow, M. J., Goel, V., & Upshur, R. E. G. (2004). *Evidence-based health policy: context and utilisation*. *Social Science & Medicine*, 58(1), 207-217. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00166-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00166-7)

Duffany, K. O. C., Finegood, D. T., Matthews, D., McKee, M., Venkat Narayan, K. M., Puska, P., Yach, D. (2011). *Community Interventions for Health (CIH): A novel approach to tackling the worldwide epidemic of chronic diseases*. *CVD Prevention and Control*, 6(2), 47-56. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cvdpc.2011.02.005>

Elvebakken, K. T. og G. Riise (2003). *Byen og helsearbeidet*. I Elvebakken, K. T. og G. Riise (red.). *Byen og helsearbeidet*. Fagbokforlaget

Gray, J. A. M. (1997). Evidence-based health care. *Evidence-based Healthcare*, 1(1), 1. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S1462-9410\(97\)80004-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1462-9410(97)80004-6)

Halkier, B., & Gjerpe, K. (2010). *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Helgesen, M. K. og H. Hofstad (2012). *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13

Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle*. IS -1846

Helsedirektoratet (2013): *Status for samhandlingsreformen*, IS - 2113

Ihlebak, C. (2009). *Legenes rolle i folkehelsearbeid – fra hovedrolle til statist?* *Michael* 6:395-401

Irgens, L. (2003). Kampen mot lepra. I Elvebakken, K. T. og G. Riise (red.). *Byen og helsearbeidet*. Fagbokforlaget

Kvale, S, Brinkmann s. Andersen T. M. og Rygge J. (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lillefjell, M., Knudtsen, MS og Wist, G. (2011). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid: Senter for helsefremmende forskning HiST/NTNU*.

Meld. St. 34 (2012-2013): *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*

- Muir Gray, J. A. (2005). *Evidence-based and value-based healthcare*. Evidence-based Healthcare and Public Health, 9(5), 317-318. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehbc.2005.08.004>
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforl.
- Naidoo, J., & Wills, J. (2010). *Developing practice for Public Health and Health Promotion* (pp. 288).
- Ragin, C. C., & Amoroso, L. M. (2011). *Constructing social research: the unity and diversity of method*. Thousand Oaks, Calif: Pine Forge Press.
- Rychetnik, L., Frommer, M., Hawe, P., & Shiell, A. (2002). *Criteria for evaluating evidence on public health interventions* J Epidemiol Community Health, 56, 119-127.
- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2012): *Styring og samstyring - governance på norsk*, Fagbokforlaget
- Silverman, D. (2005). *Doing qualitative research: a practical handbook*. Los Angeles, Calif.: Sage.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken.
- St.meld. nr. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid*.
- Swinglehurst, D. (2005). *Evidence-based guidelines: The theory and the practice*. Evidence-based Healthcare and Public Health, 9(4), 308-314. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ehbc.2005.05.012>
- Tellnes, G., & Andresen, E. T. (2006). *Legal Aspects of Prevention in Norway*. Journal of Public Health Policy, 27(4), 366-375.
- Westerlund, H. (2012). *Mer enn bare ord? Ord og begreper i psyisk helsearbeid*. In NAPHA (Ed.): Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse
- Wist, G. (2010). *Kunnskapsbasert folkehelsearbeid i teori og praksis: Kunnskap som redskap i kommunal samfunnsplanlegging*. Master i helsefremmende arbeid Høgskolen i Vestfold.

Vedlegg

Intervjuguider

Vedlegg 1

Fokusgruppe 30. 5. 2013 – Finnøykommune intervjuguide

Opplegg

- Innledning (10 min)
- Kartlegging del 1 (20 min)
- Påstander til diskusjon del 1 (30 min)
- Kort pause (10 min)
- Kartlegging del 2 (20 min)
- Påstander til diskusjon del 2 (30 min)

Problemstillinger

- Hvordan fylkeskommunen og kommuner driver et kunnskapsbasert folkearbeid
- Hvordan vekten i kommunenes folkehelsearbeid ligger med hensyn til forholdet mellom sykdoms-/helseperspektiver og bredere lokalsamfunnsperspektiver.
- Sammenhenger mellom folkehelse som tema og kommunale/fylkeskommunale planer.
- Arbeidsformer og prosesser på folkehelsefeltet med vekt på det tverrsektorielle og tverrfaglige og eventuelle nye former av samstyring mellom berørte myndighetsaktører.

Kartlegging del 1

- A). Hva handler folkehelse egentlig om? Hva er overordna mål med folkehelsearbeidet?
- B). Hva er utfordringer innen folkehelse blant befolkningen i Finnøy Kommune i dag?
- C). Hvilke utfordringer blir prioritert i dag ? Ville det ha vært ønskelig også å jobbe med andre utfordringer?

Diskuter påstander 1 – 30 min

- 1. *Vi trenger mer kunnskap* om a) folkehelse-situasjonen i kommunen, b) hva som gir god/dårlig folkehelse, og c) hvilke tiltak som virker i folkehelsearbeidet.
- 2. Folkehelsearbeidet i Rogaland og i Finnøy kommune er for snevert og sykdomsorientert og bare for særskilt interesserte.

Kartlegging del 2

- 4. Hvordan foregår arbeidet i Finnøy kommune? Hvem er involvert? Hvilke ressurser har man? Hvilke virkemidler blir brukt?
- 5. Er det endringer på gang i kommunes og fylkeskommunens folkehelsearbeid i forbindelse med ny folkehelselov?

Diskusjon påstander – del 2

- C). Planverktøy og forankring i en rekke planer er nødvendig i folkehelsearbeidet. Her har vi enda ikke kommet langt nok.
- D). Samarbeidet mellom kommuner, med Rogaland fylkeskommunen og med andre aktører er nødvendig for et mer effektivt folkehelsearbeid, men hindres av en rekke barrierer.

Vedlegg 2: Oppfølgende spørsmål i forhold til folkehelseansvarlige

1. I hvilken grad jobber kommunen med utgangspunkt i den nye folkehelseloven?

- Utfordringsdokument (skriftlig vurdering og identifisering av folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold). Hvor langt har man kommet? Brukes folkehelseprofilene i arbeidet med dette? Brukes andre kunnskapskilder i dette arbeidet?
- Grunnlag for kommunens planstrategi, Hvor langt har man kommet med hensyn til å integrere folkehelse i kommunale planer og delplaner?
- Iverksetting av tiltak. Hvilke nye tiltak er satt i gang eller er i ferd med å settes i gang etter at ny folkehelselov ble iverksatt 1.1. 2012?
- Rådgivning til den enkelte om helsefremmende tiltak og forebygging av sykdom. Har man iverksatt nye tiltak på dette området etter at den nye loven kom 1.1. 2012?
- Miljørettet helsevern omfatter de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer. Har kommunen iverksatt nye tiltak på dette området etter at den nye loven kom 1.1. 2012?

2. Politisk ledelses rolle

- Hvordan er politisk ledelse involvert i folkehelsefeltet?
- Er dette et tema som er oppe til politisk behandling, hva og hvor mye?
- Er folkehelse et omdiskutert tema politisk?
- Er det politisk vilje/interesse for å få til nye ting på feltet?

3. Organisering av folkehelsearbeidet?

- Folkehelseforum: hvilke nivåer og områder er representert?
- Folkehelsekoordinator – hvilken rolle/ansvar og myndighet har vedkommende?
- Folkehelsearbeidet går på tvers av sektorer. Hvordan oppfatter du at den organisering man i dag har av arbeidet med folkehelse fungerer?

- Er folkehelseansvarliges rolle og plassering i kommunens organisasjon slik at ansvar og oppgaver kommuniseres og ivaretas tilfredsstillende i forhold til kommunens ledelse?
- Er det skapt nye former for samarbeid og samhandling i forbindelse med innføring av ny folkehelselov? Mellom virksomhetsområder/aktører innen kommunen? I forhold til andre kommuner? I forhold til fylkeskommunen?
- Skapes det et tilfredsstillende inngrep mellom folkehelseansvarlige og de ulike virksomhetsområdene? Hva er barrierene? På hvilke områder er begrensningene størst?
- Hvilken rolle har fylkeskommunen i forhold til dere? Hva slags støtte får dere? Fordeler og ulemper? Hva kunne vært annerledes?

Intervjuguide telefon ordfører

- Hvordan er du som ordfører involvert i folkehelsefeltet?
 - Er dette et tema som er oppe til politisk behandling, hva og hvordan/hvor mye?
 - Er folkehelse et omdiskutert tema politisk? Evt. vedrørende hva?
 - Hvilke hovedutfordringer ser du med hensyn til å styrke folkehelsearbeidet i kommunen?
 - Hva er barrierene for å iverksette tiltak overfor disse utfordringene?
 - Kunnskapsbasert og skriftlig konkretisering av utfordringer og innarbeiding i kommunens strategi planer er ifølge loven viktige redskaper i folkehelsearbeidet. Hvordan vurderer du status i kommunens arbeid med dette?
 - Folkehelsearbeidet går på tvers av sektorer. Hvordan oppfatter du at den organisering man i dag har av arbeidet med folkehelse fungerer?
- Er folkehelseansvarliges rolle og plassering i kommunens organisasjon slik at ansvar og oppgaver kommuniseres og ivaretas tilfredsstillende i forhold til kommunens ledelse?
- Skapes det et tilfredsstillende inngrep mellom folkehelseansvarlige og de ulike virksomhetsområdene? Hva er barrierene? På hvilke områder er begrensningene størst?
- Hvilken rolle har fylkeskommunen i forhold til dere? Hva slags støtte får dere? Fordeler og ulemper?

Intervjuguide fylkesmann folkehelse

Hvordan definer du folkehelse?

Hvordan er dere fra Fylkesmannens side involvert i folkehelsearbeidet? Hva er deres rolle og oppgaver sett i forhold til a) fylkeskommunen og b) kommunene.

Hvordan organiseres folkehelsearbeidet på fylkesmannens kontor?

Hva er deres vurdering av status i arbeidet på dette området i kommunene sett i forhold til den nye folkehelseloven?

Fylkeskommunen er forutsatt å ha en pådriver- og understøttende rolle i forhold til folkehelsearbeidet i kommunene? Hvordan oppfatter dere status i arbeidet med dette i fylkeskommunen med utgangspunkt i den nye folkehelseloven når det gjelder:

- Oversikt over helsetilstand, påvirkningsfaktorer og folkehelseutfordringer.
- Planer og regionalt utviklingsarbeid sett i forhold til tema folkehelse
- Pådriver- og samordnerrolle sett i forhold til kommunene

Oppfatter dere at organiseringen av folkehelsearbeidet er slik at folkehelse tema blir løftet frem slik at intensjonene i loven ivaretas?

- I fylkeskommunen
- I kommunene