

Arbeidsrapport nr. 234

Randi Bergem, Susanne Moen Ouff,  
Unni Aarflot, Marte Hanche-Dalseth

**Partnerskap for folkehelse  
og Helse i plan**

Undervegsrapport

<b>Prosjekttittel</b>	Evaluering av Partnerskap for folkehelse og Helse i plan
<b>Prosjektansvarleg</b>	Møreforskning Volda
<b>Prosjektleder</b>	Randi Bergem
<b>Finansiering</b>	Helsedirektoratet
<b>Forfattarar</b>	Randi Bergem, Susanne Moen Ouff, Unni Aarflot og Marte Hanche-Dalseth
<b>Ansvarleg utgjevar</b>	Møreforskning Volda
<b>ISBN</b>	978-82-7692-297-4 (elektronisk utgåve)
<b>ISSN</b>	0805-6609
<b>Distribusjon</b>	<a href="http://www.moreforsk.no/volda.htm">http://www.moreforsk.no/volda.htm</a> <a href="http://www.hivolda.no/fou">http://www.hivolda.no/fou</a>

© Forfattar/Møreforskning Volda

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

**Arbeidsrapportserien** er for faglege og vitskaplege arbeid som ikkje fullt ut stettar krava til forskingsrapportar. Det kan vere delrapportar innanfor større prosjekt, eller læremateriell knytt til undervisningsføremål.

Arbeidsrapportane skal vere godkjende av anten dekanus, gruppeleiar, prosjektleder (for IAAI: instituttleder) eller ein annan fagperson dei har utpeika. Kvalitetssikringa skal utførast av ein annan enn forfattar.

## **Forord**

Rapporten bygger på ei evaluering av to av verkemidla i satsinga på folkehelse, og det gjeld Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Det er ein undervegsrapport, som også skal inngå i ei samla evaluering som Møreforskning Volda og NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) gjer av fire folkehelseiltak, som er Partnerskap for folkehelse, Helse i plan, Kommnehelseprofilar og Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet. Dei to sistnemnde er evaluerte i 2008. Evalueringa vert gjort på oppdrag for Helsedirektoratet, og skal vere ferdig i desember 2009.

Rapporten formidlar resultat frå ein djupnestudie i eit utval fylke og kommunar, og NIBR rapporterer samstundes frå ei spørjeundersøking i kommunane (Hofstad mfl 2008). Dei to rapporteringane må sjåast i samanheng.

Takk til alle informantane, som i ein travel kvardag stiller til intervju.

Volda, januar 2009

Randi Bergem  
Susanne Moen Ouff  
Unni Aarflot  
Marte Hanche-Dalseth



## Samandrag

### Innleiing

Rapporten byggjer på ei undervegsevaluering av Partnerskap for folkehelse og Helse i plan, som er metodeutviklingsprosjekt, der siktemålet er å fremje folkehelse. Tiltaka vert evaluerte som verktøy og tiltak, som direkte eller indirekte skal medverke til bevisstgjerings og mobilisering, nye arbeidsmåtar og samarbeidsmåtar. Politisk forankring og legitimitet er sentrale stikkord i arbeidet, og ein viktig føresetnad for at folkehelseeteninga som strategi skal kunne vinne fram. Verktøya skal kunne nyttiggjerast av mange ulike aktørar, som til dømes lokale lag og organisasjonar, ulike fagprofesjonar i kommunane, og aktørar på det regionale nivået.

Hovudføremålet med evalueringa er:

- Å kartlegge korleis fylke og kommunar arbeider med dei to satsingane
- Å undersøke kva modellar og verkemidlar som verkar føremålstenlege
- Prosessretteiing overfor fylke og kommunar

Sentralt i evalueringa står forankring, organisering og kunnskapsbygging. Eit anna poeng med undervegsevalueringa er at ho skal medverke til at aktørar i fylke og kommunar får høve til å formidle erfaringar, og til å diskutere problemstillingar og spørsmål som gjer at dei får innspel til vidare arbeid. På den måten inneheld evalueringa element av eigenevaluering og prosessretteiing.

Evalueringa har fokus på to nivå;

1. Fylkesnivået/det regionale nivået, som inkluderer aktørar som folkehelsekoordinatorar e.l. i fylkeskommunen og hos fylkesmannen, frivillige lag/organisasjonar, helseføretak mfl.
2. Kommunenivået, som inkluderer aktørar som folkehelsekoordinatorar e.l., politikarar, planleggjarar, frivillige lag og organisasjonar mfl.

Evalueringa prøver både å gje ei oversikt over situasjonen og ei djupneforståing av korleis tiltaka fungerer. Ved spørjeundersøkingar i kommunane er det gjennomført ei brei kartlegging av korleis folkehelsearbeidet er organisert, grad av forankring, kva det inneheld og korleis verktøya vert brukte. Resultat frå desse spørjeundersøkingane er

formidla i rapport frå NIBR (Hofstad mfl 2008). Medan rapporten frå Møreforskning byggjer på djupnestudiar i utvalde fylke og kommunar, der vi har gått nært inn på arbeidet som skjer i fylke og kommunar både når det gjeld Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Åtte fylke og 16 kommunar er med i djupnestudien. Alle åtte fylka er med i Partnerskap for folkehelse, medan fire av dei også er med i Helse i plan. Det er gjennomført 60 intervju med til saman 84 informantar, (32 informantar regionalt/fylkesnivået og 52 informantar lokalt/kommunenivået). Datamaterialet er relativt omfattande, og berre deler vert presentert og analysert i denne undervegsrapporten. Det same materialet vil også, i lag med data samla i 2009, ligge til grunn for ein sluttrapport ved årsskiftet 2009-2010.

### **Kort om ideane bak Partnerskap for folkehelse og Helse i plan**

Å fremme god helse og hindre dårleg helse vedkjem alle sektorar og nivå i samfunnet, og partnerskap i folkehelsearbeidet tek nettopp utgangspunkt i behovet for å sjå helse i ein heilskapleg samanheng, og å samarbeide om felles utfordringar. Med partnerskap i folkehelsearbeidet meinest eigentleg *governancepartnerskap*, som kan definerast som eit samarbeid mellom offentleg og privat sektor, men helst også med folkevalde og frivillig sektor.

Partnerskap vert ofte omtalt som eit forpliktande samarbeid mellom sjølvstendige partnerar i eit interessefellesskap. Partnerskap mellom ulike aktørar er i den samanhengen mellom anna innretta mot å betre relasjonane mellom aktørar på tvers av tradisjonelle skiljeliner. I ulike samanhengar vert ofte partnerskap framstilt som handlingskraftige og effektive lokale eller regionale organisasjonar, men partnerskap er som regel ikkje utan utfordringar og svake sider. Partnerskap føreset samarbeid mellom relativt jamstilte og gjensidig avhengige partnerar. Det er likevel viktig å erkjenne at partnerane ofte ikkje er like.

Helse i plan er først og fremst eit innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt, meir enn det er eit prosjekt for kommunane. Verktøyet er plan- og bygningslova og kommuneplanen, og metodane som vert utvikla dreier seg om korleis ulike folkehelse mål kan realiserast gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, og i temaplanar. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og informasjonsspreiing inngår også som verkemidlar i denne samanhengen.

I Partnerskap for folkehelse og Helse i plan er **kommunikativ planlegging** ei relevant tilnærming, mellom anna fordi mobilisering, organisering og forankring er viktige stikkord i folkehelsesatsinga. Dersom ein skal få ei meir positiv samfunnsutvikling, må gamle relasjonar styrkast og nye byggjast. Det må skje gjennom samarbeid, samtale og ved å skape tillit mellom aktørar. For å få til betre samordning og ei målretta samfunnsutvikling, må sentrale aktørar inkluderast i prosessane slik at dei, i så stor grad som mogleg, lærer av kvarandre og utviklar felles oppfatningar om utfordringar, mål og handlingar, som er føremålstenlege for å fremje og styrke folkehelsearbeidet. Kommunikativ planlegging har mellom anna som siktemål å få engasjert det sivile samfunnet (enkeltindivid og ulike grupper, lag og organisasjonar) aktivt i planleggings- og utviklingsprosessar. Desse gruppene skal ikkje berre vere med, dei må oppnå reell og likeverdig deltaking.

## **Kva viser evalueringa, så langt?**

### **Partnerskap for folkehelse**

#### **Organisering, forankring og erfaring**

Felles for alle fylka er ein folkehelsekoordinator/rådgjevar, som har ansvar for å koordinere partnerskapen og vere pådrivar i folkehelsearbeidet. Mange opplever å vere åleine om å fylle denne funksjonen i fylket, medan dei som høyrer til eit team meiner det er ein styrke for arbeidet. Fylkeskommunane har for det meste eit godt samarbeid med fylkesmannen om partnerskapsarbeidet, og i nokre fylke er det tilsette både hos fylkesmannen og i fylkeskommunen som utgjør sekretariatet for folkehelsearbeidet. Manglande koordinering mellom dei to instansane kan i enkelte tilfelle føre til mykje dobbeltarbeid, særleg når det gjeld rapportering. Dette er også eit resultat av dei formelle rapporteringssystema.

Fylkeskommunen inngår partnerskapsavtalar med ulike aktørar, men dei mest vanlege aktørane i regionale partnerskap er fylkesmannen, kommunar, idrettsorganisasjonar, ymse frivillige organisasjonar. I somme regionale partnerskap er helseføretak og høgskular/universitet representerte. KS, LO og NHO er med i partnerskapen i nokre fylke. Det er også døme på fylke, der dei vidaregåande skulane er sentrale aktørar i folkehelsearbeidet. Nokre fylke har formelle, skriftlege avtalar med alle partnarane, medan andre fylke ikkje har formalisert samarbeidet på den

måten. Graden av formalisering kan også variere mellom ulike aktører. Formaliseringsgraden er størst når det gjeld kommunane som partnerskapsdeltakarar.

Så langt, er det stor variasjon når det gjeld kor mange av kommunane i eit fylke som er med i den regionale partnerskapen gjennom formelle avtalar. I fylka som har fått på plass avtalar med kommunane, er det for det meste snakk om formelle avtalar, som er forankra i politiske vedtak i kommunen, noko som i desse fylka er eit vilkår for at kommunane skal få midlar. Eit anna vilkår for å få midlar er at kommunen skal ha folkehelsekoordinator/rådgjevar. Elles varierer det kva krav som vert stilte overfor kommunar for å få midlar frå partnerskapsordninga. Det er relativt vanleg at kommunane må velje eitt eller fleire tema/satsingar med utgangspunkt i tema fylkesnivået har valt i sitt arbeid.

NAV og helseføretak er generelt vanskeleg å mobilisere inn i dei regionale partnerskapa, sjølv om nokre fylke har lukkast med det. Lokalt ser det også ut til å vere ei utfordring å få med NAV. At NAV ikkje kjem på banen, er uheldig av fleire grunnar. Som eit overordna organ for sentrale velferdstenester, har NAV kontakt med viktige målgrupper for folkehelsearbeidet. Med utgangspunkt i at sosial ulikskap i helse er eitt av fleire tema i folkehelsearbeidet sentralt, kan ein tenkje seg at fleire av brukargruppene i store deler av NAV-systemet, er viktige å mobilisere i folkehelsearbeidet. Det kan vere sjukmelde, personar på arbeidsmarknadstiltak, uføre eller andre. NAV rår også over ulike verkemiddel som kan nyttast mot desse gruppene, til dømes Aktiv på dagtid og Grøn resept. Ein partnerskap med NAV kan dermed vere med på å styrke folkehelsearbeidet i kommunane, og ikkje minst kunne medverke til ei meir heilskapleg helseforvaltning.

Ei sentral problemstilling i dei regionale partnerskapa er knytt til storleiken på partnerskap og midlar som er til disposisjon. Fylka får statlege stimuleringsmidlar, som vert fordelte på deltakarkommunane, og som hovudsakleg går til medfinansiering av den kommunale folkehelsekoordinatorstillinga. Dess fleire kommunar og andre aktørar som er med i partnerskapen, dess færre midlar vert det å fordele på dei som er med. I tillegg vert det fleire aktørar å følgje opp. Dette kan verke lite motiverande for å få fleire med, både for fylke og kommunar. Helsedirektoratet kan medverke til å løyse dette ved å stille midlar til disposisjon proporsjonalt med talet kommunar i partnerskapa, eller ved å



delta meir aktivt i oppfølginga av kommunane. Det siste har vore etterlyst frå kommunane si side.

### **Frivillige organisasjonar i lokale partnerskap**

At frivillige lag og organisasjonar er nødvendige medspelarar i folkehelsearbeidet, vert poengtert av informantar både i fylke og kommunar. Medlemene i frivillige lag og organisasjonar har både fagkunnskap og lokalkunnskap som kommunane har nytte av. Lokalt er det sjeldan snakk om formelle partnerskap, men om samarbeid eller nettverk. Dei frivillige laga har rolla som ”gjennomfører” av tiltak, anten ved å legge til rette eksisterande aktivitet til nye grupper, eller ved å setje i gang ny aktivitet.

Informantar i kommunane er usikre på i kva grad dei skal opprette formaliserte partnerskap med skrivne avtalar mellom partane. Så langt ser det ikkje ut til at kommunane vil prioritere dette. Mellom anna fordi dei fryktar at formaliserte avtalar kjem i konflikt med frivillig sektor sitt openberre kjenneteikn; den frivillige innsatsen. Dei spør seg i kva grad kan ein ”presse” frivillige til å arbeide innanfor formaliserte avtalar, der organisasjonane forpliktar seg på ulike vis overfor ein offentlig instans. Kvar går grensa for frivillig sektor sin naturlige innsats i samfunnet? I kva grad skal frivillige sektor ta på seg, eller bli bedne om å løyse oppgåver, som er eller bør vere ei offentlig oppgåve? Slike problemstillingar kjem opp når kommunar og fylke skal utforme den enkelte partnerskapen. Mange kommunar har etterlyst malar for formuleringar, til dømes for avtalar overfor frivillig sektor. Både fylke og Helsedirektorat kan bidra med dette, og samtidig ta diskusjonen rundt frivillig sektor si deltaking i offentlige oppgåver opp eitt nivå.

### **Prioritering av folkehelse tema og målgruppe**

Hovudinstrykket er at breidda i satsingsområde er for stor, både regionalt og lokalt. Truleg bør kommunar (og fylke) ha større fridom til å velje vekk somme område, for å lukkast på andre. Det er svært vanskelig å vere god på alt, i alle fall til same tid.

Dersom utfordringar i kommunane er andre enn dei tema som er i fokus regionalt, må kommunane i større grad kunne frigjere seg frå tema som er valde som satsingsområde i dei regionale partnerskapa. Det er viktig for at det skal vere samsvar mellom situasjonen i kommunen og val av satsingar. Men kommunane har i liten grad kartlagt status i eigen

kommune som grunnlag for fokus i folkehelsearbeidet. Dette heng naturleg saman med at mange kommunar er i startgropa når det gjeld arbeidet med folkehelse. Men manglande kompetanse og kjennskap til verktøy som kan brukast (jf t.d Helgesen mfl 2008), gjer det vanskeleg for kommunar å kartlegge kvar skoen trykkjer.

Helsedirektoratet og fylka bør gje tydeligare signal om at kommunane har fridom til å velje satsingsområde. Det betyr at kommunane kan velje vekk enkelte nasjonale satsingsområde, og fokusere meir på lokale utfordringar. Det kan gi meir målretta satsingar, helst tufta på kartlegging av status regionalt og lokalt.

### **Rollene til Helsedirektoratet og fylkesnivået**

Fylka treng bidrag frå Helsedirektoratet for å ”halde trykket oppe”. Mykje tyder på at folkehelsearbeidet er i ferd med å få ein posisjon, men for å auke legitimitet og status i førebyggjande arbeid, må folkehelsearbeidet verte endå meir synleg i samfunnsdebatten generelt. Både fylke og kommunar treng det, for å kunne prioritere arbeid med folkehelse.

Korleis stimuleringsmidlane frå direktoratet vert brukte varierer mellom fylka, mellom anna når det gjeld kor stor del av midlane som går til kommunane og andre regionale partnarar. Det bør diskuterast i kva grad fylke (fylkeskommune og fylkesmann) skal arbeide med konkrete tiltak og prosjekt.

Vi trur at fylka i større grad kan bidra til lokal mobilisering, dersom dei yter meir prosesskompetanse overfor kommunane. Fylka treng meir kompetanse på dette, og Helsedirektoratet spelar ei rolle i den samanhengen, og har også lagt meir vekt på dette etter kvart.

Kommunar og fylke arbeider med ei rekke ulike prosjekt parallelt. Prosjekta kan vere sette i verk innanfor ulike felt som til dømes Livskraftige kommunar og Helse i plan, eller innanfor same arbeidsområde. Kommunane er omgitt av svært mange prosjekt, tiltak og omgrep med tilgrensande innhald, og opplever at nivåa over i liten grad ser desse i samanheng. Forvaltninga vert fragmentert, og meir komplisert å handtere enn nødvendig. Det er fare for at det bli kan så komplisert å orientere seg innanfor folkehelseområdet, at kommunar veljer å ikkje gå i gang med enkelte tiltak eller prosjekt i frykt for å ”gå seg vill”. Det vil

vere ein styrke for folkehelsearbeidet at dei ulike prosjekta/tiltaka i større grad vert sett i samanheng med kvarandre.

## **Helse i plan**

### **Motivasjon**

Mange fylke og kommunar har arbeidd lenge med metodar som liknar Helse i plan, og for nokre har dette vore ein sterk motivasjon for å delta i prosjektet. Helse i plan medverkar til å setje arbeid, som allereie har vore i gang, meir i system. Evalueringa viser at fylke og kommunar har byrja å få prosessar i gang, men så langt kan det ikkje seiast at førebyggjande helsearbeid og planarbeid er to sider av same sak.

### **Organisering og forankring**

Langt dei fleste kommunane formidlar at folkehelsearbeidet er nedfelt både i samfunnsdelen og arealdelen i kommuneplanane, og at det er oppretta tverrfaglege arbeidsgrupper. Men dei færraste har kome så langt at folkehelsearbeidet er prioritert i handlingsplanar og økonomiplanar. Prosessar tek tid, og det neste steget for kommunane er nettopp arbeid med forankring i handlingsplanar og økonomiplanar. Men status pr i dag kan også vere teikn på manglande politisk vilje og engasjement, og/eller at kommunane strevar med å operasjonalisere arbeidet med Helse i plan slik at det vert handterleg.

Mange kommunar hevdar at dei tverrfaglege arbeidsgruppene er vanskelege å få til å fungere i praksis, sjølv om dei er oppretta på papiret. Å skape gode arenaer for utveksling av kompetanse mellom sektorane, er ei av dei største utfordringane både for fylke og kommunar. Dei etablerte arenaene ser i liten grad ut til å appellere til tverrfagleg samarbeid. Kommunane sjøve meiner felles arenaer er avgjerande for å auke gjensidig forståing for korleis fagområda heng saman. Dermed vil mangelen på slike arenaer kunne hemme prosessen mot sterk tverrfagleg forankring i organisasjonen. Ein av grunnane til at det er vanskeleg å få tverrfaglege arenaer til å fungere, kan vere at dei tilsette føler seg utrygge på eiga rolle i samarbeidet, og på kva deira fagkompetanse kan og skal nyttast til. Eit første steg mot tettare integrering av sektorar i planarbeidet, kan vere å gjere tydeleg kva ein forventar og ønskjer av dei ulike partane, slik at deltakarane vert trygge på eigen ståstad og eiga rolle.

### **Folkehelse tema og målgrupper**

Når det gjeld val av folkehelse tema og målgrupper i Helse i plan, er desse stort sett i samsvar med dei nasjonale satsingsområda, både for fylke og kommunar. Det betyr også at dei er samanfallande med valde folkehelse tema i partnarskapsarbeidet. Dei fleste kommunane tenkjer at deira kommune ikkje skil seg mykje frå situasjonen i landet elles, og at dei nasjonale satsingsområda er dekkande for kommunen sine behov. Ettersom arbeidet med Helse i plan er i startfasen, har dei færreste kommunane gjennomført analysar av tilstanden i kommunen med tanke på å skaffe grunnlag for planstrategiar. Difor er det vanskeleg for kommunane å vite i kor stor grad deira behov er i samsvar med tema som er i fokus nasjonalt og regionalt. I kva grad dei valde folkehelse tema er realiserte i dag, kan vi ikkje seie noko om så langt i evalueringa.

### **Plan og bygningslova som verktøy**

Eitt av hovudmåla for prosjektet Helse i plan er å medverke til at kommunane i sterkare grad tek i bruk Plan- og bygningslova som verktøy i folkehelsearbeidet. Kommunane er på si side usikre på kor langt dei kan gå med heimel i lova, utover å forankre folkehelseperspektiva i samfunnsdelen, og til ein viss grad i arealdelen. Det må difor vere viktig å gjere dette klart for kommunane, før verktøyet kan kome i bruk, slik Helsedirektoratet ønskjer.

### **Kommunelegen si rolle**

Kommunelegane er svært viktige i folkehelsearbeidet, men ser ut til å vere lite involverte i folkehelsearbeidet på den førebyggjande sida. I den grad dei deltek i arbeidet, er det oftast med utgangspunkt i personleg engasjement, og i mindre grad i form av stilling og posisjon. Såleis kan deltakinga lett ta slutt dersom vedkomande skiftar stilling, og etterfølgjaren, som skal fylle funksjonen, ikkje har det same personlege engasjementet. I kommunar, der kommunelegen deltek, til dømes i det faste planutvalet, har dette hatt mykje å seie for det tverrfaglege folkehelsearbeidet. Helsesektoren si rolle vil vi kome nærare tilbake til i neste fase av evalueringa.

### **Oppsummering av status og innspel til vidare arbeid**

- Arbeidsmåta, som ligg til grunn for dei to verkemidla, føreset eit langsiktig perspektiv. Verkemidla ser ut til å vere føremålstenlege for

folkehelsearbeidet. Sjølv om ikkje alle målsetjingane er nådde så langt, har det skjedd mykje som kan tyde på at ein er på rett veg.

- Idealet for folkehelsearbeid er tverrfagleg arbeid. Dersom det er forventat at lokale aktørar skal få det til, må styringssignala frå fylkesnivået og det statlege nivået vere betre integrerte enn tilfellet er i dag.
- Helsedirektoratet spelar ei viktig rolle som pådrivar, premissleverandør og kunnskapsformidlar. Informantar i fylke og kommunar meiner at Helsedirektoratet, så langt, har lagt for lite vekt på å formidle prosesskompetanse. Men at dette har kome meir i fokus no.
- Informantar i kommunane etterlyser ei rolleavklaring mellom forvaltningsnivåa. Særleg med tanke på kva rolle fylke skal ha overfor kommunane. I kor stor grad skal fylka sjølve setje i verk konkrete tiltak? I kor stor grad skal fylka vere den aktøren som frontar folkehelsearbeidet? Eit tredje spørsmål er om fylka er gjevne ein kontrollfunksjon i dei regionale partnerskapa og i oppfølging av Helse i plan, fordi dei forvaltar midlane som er til disposisjon. Skal fylke til dømes kunne setje inn sanksjonar dersom aktørar ikkje oppfyller avtalar?
- Satsingsområde/tema og målgruppe bør i større grad vere tufta på kartlegging av status og behov i kommunane. For å få dette til, må kommunane få meir kunnskap om korleis dei kan skaffe kunnskapsgrunnlaget som trengst for å kartlegge status. Det vil truleg vere føremålstenleg om kommunane har noko større handlingsfridom knytt til val av folkehelse tema, både når det gjeld antal og type tema.
- Partnerskap for folkehelse og Helse i plan ser ut til å vere relativt godt forankra i formelle politiske og administrative strukturar. Men så langt viser evalueringa at arbeidet med folkehelse i mindre er nedfelt i praksis, som til dømes i dagleg tverretatleg arbeid og i økonomi- og handlingsplanar.
- Dei regionale partnerskapa er representerte med mange ulike aktørar. Men måten partnerskapa fungerer på, gjer det vanskeleg å utvikle relasjonar som gjer at partane er gjensidig likeverdige. Fylkeskommunen har ei spesiell rolle, og kommunane spelar ei anna rolle i partnerskapa enn til dømes frivillige organisasjonar. Såleis kan det vere eit spørsmål om det er føremålstenleg å differensiere mellom ulike partar. Det er i alle fall føremålstenleg å drøfte kva det vil seie å vere likeverdige partar.

- Ei anna utfordring handlar om kva aktørar som er mobiliserte til partnerskapa. Aktørar som NAV og helseføretak er vanskelege å få med. I og med at dett er instansar som er svært sentrale for å fremje folkehelse og nå viktige målgrupper, som sjukmelde, arbeidslause, uføre osv, bør det gjerast noko for å få NAV og helseføretak på banen i større grad enn tilfellet er i dag.
- Lokalt er det i liten grad snakk om partnerskap i den meininga som oftast ligg til grunn. I relasjonen mellom offentleg og frivillig sektor handlar det snarare om nettverksbygging og meir eller mindre formelt samarbeid. Truleg er høg grad av formalisering ikkje nødvendig eller føremålstenleg for å fremje aktivitet og konkrete tiltak i folkehelsearbeidet lokalt. Men formelle arenaer og avtalar ser derimot ut til å vere nødvendig for samarbeid mellom kommunale etatar.
- Førebyggande helsearbeid har tradisjonelt hatt låg status samanlikna med behandling, og er vanskelegare både å måle og telje enn anna helsearbeid. Førebyggande tiltak for å fremje folkehelse, som Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, møter såleis mindre entusiasme hos nøkkelaktørar som politikarar og kommunelegar. Difor kan det vere vanskeleg å prioritere slikt arbeid for dei i kommunen som elles har stor tru på denne måten å arbeide på.
- Sjølv om behandling framleis har høgare status enn førebygging, er det tydeleg at satsinga på folkehelsearbeid har medverka til at førebygging er i ferd med å oppnå høgare status. Det er grunn til å tru at Partnerskap for folkehelse og Helse i plan er to av verkmidla som har påverka dette biletet.

## Innhald

Forord .....	3
Samandrag .....	5
Innhald .....	15
Kapittel 1 Innleiing .....	17
1.1 Om folkehelsesatsinga .....	17
1.2 Kommunikativ planlegging .....	18
1.3 Om rapporten .....	19
Kapittel 2 Partnerskap for folkehelse og Helse i plan – ideen bak .....	21
2.1 Partnerskap for folkehelse .....	21
2.2 Helse i plan .....	23
Kapittel 3 Problemstillingar, metode og datagrunnlag .....	27
3.1 Fokus i evalueringa .....	27
3.2 Problemstillingar .....	27
3.2.1 Partnerskap for folkehelse .....	27
3.2.2 Helse i plan .....	28
3.3 Metode og datagrunnlag .....	28
Kapittel 4 Partnerskap for folkehelse .....	31
4.1 Innleiing .....	31
4.2 Dei regionale partnerskapa .....	31
4.2.1 Organisering og forankring .....	31
4.2.2 Mobilisering og etablering av regionale partnerskap .....	34
4.2.3 Folkehelse tema og målgrupper .....	37
4.2.4 Fokus på system eller konkrete tiltak? .....	38
4.2.5 Erfaringar med partnerskapsmodellen .....	38
4.2.6 Helsedirektoratet si rolle .....	43
4.3 Partnerskap for folkehelse – arbeidet i kommunane .....	46
4.3.1 Organisering og forankring .....	46
4.3.2 Etablering av partnerskap .....	47
4.3.3 Frivillige organisasjonar si rolle i det lokale folkehelsearbeidet .....	50
4.3.4 Folkehelse tema og målgrupper .....	51
4.3.5 Konkret arbeid med folkehelse .....	52
4.3.6 Fylket si rolle overfor kommunane .....	52
Kapittel 5 Helse i plan .....	55
5.1 Innleiing .....	55
5.2 Organisering og forankring i fylke og kommunar .....	56
5.2.1 Motivasjon for å delta .....	56
5.2.2 Forankring i administrative og politiske strukturar .....	57

5.2.3 Organisering politisk og administrativt .....	60
5.2.4 Utveksling av kompetanse mellom sektorane .....	68
5.2.5 Bruk av plan- og bygningslova som verkemiddel .....	70
5.3 Val av folkehelse tema og målgrupper .....	72
5.3.1 Kommunar og fylke ikkje heilt overens om val av folkehelse tema .....	72
5.4 Effektar av Helse i Plan på folkehelsearbeidet .....	73
5.5 Utfordringar i arbeidet framover .....	74
5.5.1 Varierende bidrag frå regionalt nivå i det lokale prosessarbeidet .....	74
5.5.2 Kommunane treng hjelp til å fylle si rolle .....	76
5.5.3 Helsedirektoratet har ei rolle å spele for å betre forankringa lokalt .....	78
Kapittel 6 Oppsummering .....	80
6.1 Partnerskap for folkehelse .....	80
6.2 Helse i plan .....	84
6.3 Innspel og spørsmål til vidare arbeid .....	86
Referansar .....	89
Vedlegg .....	90



# Kapittel 1 Innleiing

## 1.1 Om folkehelsesatsinga

Helsefremjande og førebyggjande arbeid er i fokus, ikkje minst gjennom satsing på folkehelse. Folkehelse kan nyttast som eit samleomgrep for alle typar tiltak der føremålet er å fremje helse og hindre at sjukdomar, skader eller sosiale problem oppstår. Det finst mange definisjonar av helse. I folkehelsearbeidet er det som regel helse i vid meining som ligg til grunn. Det vil seie ei tilnærming til helse som også femner det vi omtalar som livskvalitet. Målet med satsinga på folkehelse, slik ein les det i folkehelsemeldinga: *Resept for et sunnere Norge* (St.meld nr 16 (2002-2003)), er eit sunnare Norge gjennom ein politikk, som for det første skal medverke til å betre den generelle helsetilstanden i befolkninga, og som for det andre skal medverke til ei utjamning av helsesituasjonen mellom ulike sosiale lag. Betre folkehelse skal mellom anna fremjast gjennom mobilisering i lokalsamfunnet og hos enkeltindivid.

Helsedirektoratet har sett i gang fleire tiltak som er retta mot folkehelsearbeidet regionalt og lokalt. Det gjeld mellom andre desse fire tiltaka:

- Partnerskapsordninga for folkehelse
- Helse i plan
- Kommnehelseprofilar
- Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet

Kommnehelseprofilar (jf Helgesen mfl 2008) og Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet (jf Bergem mfl 2008) er evaluerte. Resultat frå desse evalueringane vil også inngå i den samla evalueringa av dei fire tiltaka, som skal avsluttast i 2009.

Folkehelsemeldinga (Stortingsmelding nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*) er utgangspunktet for desse tiltaka. Folkehelsemeldinga omtalar samfunnsplanlegging som eit sentralt verkemiddel i folkehelsearbeidet, og den same meldinga framhevar partnerskap som ei ønskjeleg arbeidsform i det lokale folkehelsearbeidet.

Samfunnsplanlegging og partnerskap handlar i stor grad om mobilisering og forankring av helsesatsinga. Elles er mellom andre desse offentlege dokumenta sentrale for dei fire tiltaka: Handlingsplan for fysisk aktivitet–

Sammen for fysisk aktivitet (2005-2009) og St.meld nr 20 (2006-2007):  
Nasjonal strategi for å utjamne helseforskjellar.

Dei fire tiltaka er metodeutviklingsprosjekt, der siktemålet er å fremje folkehelse. Tiltaka vert evaluerte som verktøy og tiltak, som direkte eller indirekte medverkar til bevisstgjerung og mobilisering, nye arbeidsmåtar og samarbeidsmåtar, og ikkje minst strategiar og planforankringsmodellar. Verktøya skal kunne nyttiggjerast av mange ulike aktørar: frå lokale lag og organisasjonar til ulike fagprofesjonar i kommunane, og av aktørar på det regionale nivået. Den politiske legitimiteten er ein viktig føresetnad for at folkehelseeteninga som strategi skal kunne vinne fram. Målgruppene er både befolkninga generelt og spesielle grupper i befolkninga.

## **1.2 Kommunikativ planlegging**

I Partnerskap for folkehelse og Helse i plan er kommunikativ planlegging ei relevant tilnærming, mellom anna fordi mobilisering, organisering og forankring er viktige stikkord i folkehelsesatsinga. Ein sentral idé i kommunikativ planlegging og samfunnsutvikling er at ei endring i ei meir dynamisk retning krev forbetring av den sosiale kapitalen til samfunn, det vil seie at kunnskapsressursane, relasjonsressursane og mobiliseringsevna må styrkast (Healey et.al. 1999). Dersom ein skal få ei meir positiv samfunnsutvikling, må gamle relasjonar styrkast og nye byggjast. Det må skje gjennom samarbeid, samtale og ved å skape tillit mellom aktørar (Storper 1997, Stöhr 1990). For å få til betre samordning og ei målretta samfunnsutvikling, må sentrale aktørar inkluderast i prosessane slik at dei, i så stor grad som mogleg, lærer av kvarandre og utviklar felles oppfatningar om utfordringar, mål og handlingar, som er føremålstenlege for å fremje og styrke folkehelsearbeidet.

Kommunikativ planlegging har mellom anna som siktemål å få engasjert det sivile samfunnet (enkeltindivid og ulike grupper, foreiningar, lag og organisasjonar) aktivt i planleggings- og utviklingsprosessar. Desse gruppene skal ikkje berre vere med, dei må oppnå reell og likeverdig deltaking. Kunnskap, verdiar, mål og haldningar, relasjonar og mobiliseringsevne er avgjerande for samfunnsendingar. Det er difor viktig å utvikle betre kunnskap om og metodar for å aktivisere og mobilisere det sivile samfunnet i planleggings- og utviklingsprosessar. Dette perspektivet ligg til grunn i evalueringa.

### **1.3 Om rapporten**

Kapittel to er ein presentasjon av kva som ligg til grunn for tenkinga rundt arbeidet med Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Kapittel tre er ein gjennomgang av problemstillingar, metode og datagrunnlag. Kapitla fire og fem presenterer empiri frå studien, som er gjort i eit utval fylke og kommunar. Kapittel fire har fokus på Partnerskap for folkehelse, medan Helse i plan er tema i kapittel fem. Partnerskap for folkehelse og Helse i plan heng nært saman, og kunne for så vidt vore omhandla i same kapittel. Men vi har likevel valt å drøfte verkemidla kvar for seg, fordi det er nokre element i kvar av dei som det kan vere føremålstenleg å få tydeleg fram. Det sjette og siste kapitlet oppsummerer status, og gir nokre innspel med tanke på vegen vidare.

Det kan vere greitt å minne lesaren om at dette er ein undervegsrapport, der føremålet er å seie noko om status for Partnerskap for folkehelse og Helse i plan, og i lys av dette gje innspel til vidare arbeid. Det som vert formidla i rapporten må vurderast utifrå kva ein kan forvente av effektar og resultat når ein er midt i ein prosess. Det er altså ikkje ei sluttevaluering.



## Kapittel 2 Partnerskap for folkehelse og Helse i plan – ideen bak

### 2.1 Partnerskap for folkehelse

Å fremme god helse og hindre dårleg helse vedkjem alle sektorar og nivå i samfunnet, og partnerskap i folkehelsearbeidet tek nettopp utgangspunkt i behovet for å sjå helse i ein heilskapleg samanheng, og å samarbeide om felles utfordringar. Partnerskap finst både i privat, offentleg og frivillig sektor. Med partnerskap i folkehelsearbeidet meiner vi eigentleg *governancepartnerskap*, som kan definerast som eit samarbeid mellom offentleg og privat sektor, men helst også med folkevalde og frivillig sektor.

Partnerskap vert ofte omtalt som eit forpliktande samarbeid mellom sjølvstendige partnerar i eit framforhandla interessefellesskap. Partnerskap mellom ulike aktørar er i den samanhengen mellom anna innretta mot å betre relasjonane mellom aktørar på tvers av tradisjonelle skiljeliner. I ulike samanhengar vert ofte partnerskap framstilt som handlingskraftige og effektive lokale eller regionale organisasjonar, men partnerskap er som regel ikkje utan utfordringar og svake sider.

Partnerskap er det vi kallar laust kopla organisasjonar og dei er baserte på ei forståing av at aktørar er *gjensidig avhengig* av kvarandre for å oppnå meir enn dei kan greie kvar for seg. Men samstundes må strukturen ha *autoritet* nok til å kunne skjere gjennom i konfliktsaker, til dømes i spørsmål om lokalisering av aktivitetar. Slike saker skaper ofte konflikt mellom aktørane, og kan bidra til å bryte ned den *tilliten* som er nødvendig for å oppnå godt samarbeid over tid.

Partnerskap føreset samarbeid mellom relativt jamstilte og gjensidig avhengige partnerar. Det er likevel viktig å erkjenne at partnerane ofte ikkje er like. Somme kan ha stort behov for samarbeid, men har lite ressursar å bidra med. Andre kan ha bra med ressursar, men ser ikkje behovet for samarbeid. Slike forhold må vere erkjent av samarbeidspartane ved oppstart, og om nødvendig må det kompensast for ulemper på kort eller lang sikt. Partnerskap er basert på ein tillit om at ingen partner skal tape på samarbeidet. Partnerskap har behov for

lærande samarbeidsprosessar som syter for at aktørane oppfatar partnerskap som ein meir effektiv måte å arbeide på enn andre alternativ.

Partnerskap i folkehelsearbeidet er som sagt både sektor- og nivåovergripande, og har difor behov for å rettferdiggjere seg sjølv og vinne tillit og aksept hos både sideordna og overordna. For kommunar kan det å bli partner i eit folkehelseprogram, medverke til slik aksept og legitimitet. Denne forma for partnerskap er det vi kallar for eit *institusjonelt partnerskap*. Hovudfunksjonen til institusjonelle partnerskap er å sette rammer for plan- og utviklingsarbeidet, og å stimulere partnerane til å utføre sin del av prosessen. Kjenneteikn ved institusjonelle partnerskap er stor grad av formalisering, ein etablert legitimitet og aksept, eit avgrensa tal partnerar og eit klart uttrykt formål. Døme på slike partnerskap er fylka sine folkehelseprogram/-prosjekt. Slike partnerskap er i praksis overordna dei andre partnerskapa.

Å danne partnerskap med sikte på å sette bestemte saker på den politiske dagsordenen, oppfatar vi som *strategiske partnerskap*. I desse partnerskapa er det viktig å utvikle felles forståing av korleis vi har det, ønskjer å ha det og kva vi må gripe fatt. Kjenneteikn ved strategiske partnerskap er liten grad av formalisering og eit relativt flatt hierarki. Aktiviteten kan vere ujamn og talet på medlemmer usikkert og skiftande. Ofte fungerer slike partnerskap ved at ein kjerne av partnerar mobiliserer andre når behovet er der, og då er det ønskeleg med flest moglege deltakarar i partnerskapen for å sette makt bak ønska til partnerskapen. Formålet med strategiske partnerskap i kommunar er som oftast å påverke den strategiske planlegging i kommunen med tanke på val av utbyggingsmønster, prioritering av tenesteområde m.m.

Skal samarbeidet mellom partnerane vere reelt, må partnerane binde seg til partnerskapen sitt handlingsprogram og dei aktuelle prosjekta og tiltaka som inngår der. Dei ulike partnerane må reint konkret binde seg til å bidra med ressursar i form av arbeid og kapital til prioriterte prosjekt og aktivitetar. Slike samarbeid vil vi kalle *taktiske partnerskap*. Kjenneteikn ved taktiske partnerskap er stor grad av formalisering, avgrensa tal partnerar, eit sterkt behov for tillit mellom partnerane, og eit stort behov for aksept og legitimitet av felles handlingsprogram. Døme på taktiske partnerskap er kommunane sine handlingsprogram for samfunnsutviklinga. Her er kommunen berre ein av mange aktuelle

samfunnsaktørar som må binde seg til programmet dersom det skal vere reelt.

I gjennomføringa av slike program er det difor også behov for bindande og konkrete planar for kvart enkelt tiltak og aktivitet. Desse planane er viktige for å koordinere framdrifta og for å kontrollere om kvar partner gjennomfører sin del av programmet. Denne delen av samarbeidet må nedfelle seg i *operative partnerskap* i form av avtalefesta prosjekt, tiltak og aktivitetar. Kjenneteikn ved operative partnerskap er stor grad av formalisering, juridisk bindande avtalar, eksternt gitt legitimitet, avgrensa tal partnarar, klar arbeidsdeling, klart og tydeleg hierarki, og eit klart fokus på gjennomføring.

Etter vår meining er det viktig å ikkje oppfatte partnerskap som stabile organisasjonstypar, men å sjå partnerskapsbygging som ein dynamisk prosess der partnerskap tek ulike former etter behov og har ulike partnarar, og der partnarane også har ulike roller. Det er til dømes stor skilnad mellom deltaking i eit institusjonelt partnerskap og eit strategisk partnerskap. Partnerskap er som organisasjonsform eit middel til å stimulere til langsiktig, utvidande samarbeid mellom aktørar.

## **2.2 Helse i plan**

Helse i plan er først og fremst eit innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt, meir enn det er eit prosjekt for kommunane. Verktøyet er plan- og bygningslova og kommuneplanen, og metodane som vert utvikla dreier seg om korleis ulike folkehelse mål kan realiserast gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, og i temaplanar. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og informasjonsspreiing inngår også som verkemidlar i denne samanhengen.

I det kommunale plansystemet er det no er vanleg å skilje mellom ulike former for planlegging:

- Institusjonell planlegging som eigentleg er planlegging av planlegginga, og kan konkret vere ein prosjektplan for folkehelsearbeidet som viser både korleis prosjektet skal gjennomførast og korleis arbeidet skal førast vidare etter prosjektslutt.

- Strategisk planlegging er ein reiskap til å mobilisere brei deltaking og til å skape erkjenning av korleis vi har det, ønskjer å ha det og kva vi kan satse på for å oppnå den framtida vi ønskjer.
- Taktisk planlegging er ein reiskap for å utarbeide handlingsprogram og budsjett og til å definere, organisere og prioritere avgrensa prosjekt, aktivitetar og endringar.
- Operativ planlegging er ein reiskap for planlegging, gjennomføring og kvalitetssikring av konkrete tiltak og endringar.
- Ved å knyte prosess- og resultatevaluering til både dei institusjonelle, strategiske, taktiske og operative nivåa i planlegginga, kan ein skape lærande prosessar i organisasjonar og samfunn.

Det er plan- og bygningslova som regulerer planlegging som aktivitet i kommunar, og det er vedteken ei ny lov. Samanlikna med den gamle lova er det i den nye lova spesielt tre moment med særleg relevans for folkehelsearbeidet:

- Lova innfører omgrepet *planstrategi* (§10-1), som er det vi ovanfor har kalla institusjonell planlegging. Etter lova skal kommunestyret minst ein gong i kommunestyreperioden, og seinast eitt år etter konstitueringa, drøfte kommunens strategiske val om samfunnsutvikling, langsiktig arealbruk, miljøutfordringar, sektorane si verksemd og ei vurdering av kommunens planbehov i valperioden.
- *Samfunnsdelen* av kommuneplanen skal etter dette ha ein langt meir sentral og viktig plass i det kommunale plansystemet, og skal vere ein reiskap til å fremje ei meir sektorovergripande og heilskapleg samfunnsutvikling. Samfunnsdelen skal gi retningslinjer både for utviklinga av samfunnet og eiga verksemd, og skal leggast til grunn for statens og regionale styresmakter si verksemd i kommunen (§11-3).
- Vidare har alle offentlege organ fått både *rett og plikt* til å delta i planlegginga (§3-2). Dette inneber at dersom partnerskap er ein del av planlegginga, har offentlege organisasjonar, institusjonar og verksemdar plikt til å vere med dersom planlegginga berører deira interesser.

Etter vår tolking medfører dette:

1. At det er viktig å gjere folkehelsearbeid til ein *kontinuerleg politisk prosess*, for å påverke planlegginga institusjonelt, strategisk, taktisk og operativt.



2. At kommunane si *samfunnsplanlegginga* gjer folkehelsearbeidet til eit prioritert område i samfunnplanlegginga, og greier å utvikle partnerskap både vertikalt mellom styringsnivåa (nasjonalt, regionalt, kommunalt og lokalt), og horisontalt mellom styringssystem (privat, offentlig og frivillig sektor).
3. At dette blir konkretisert gjennom partnerskapsavtalar, der kommunen som organisasjon følgjer opp sin del av desse partnerskapa i si *verksemdsplanlegging* (økonomiplan, langtidsbudsjett, årsbudsjett m.m.)

Til grunn for planarbeidet bør kommunane kartlegge status for folkehelsearbeidet. Utforming av ein folkehelseprofil tufta på bruk av ulike verktøy (Kommunehelseprofil, Levekårsindeksen, KOSTRA osv.) vil vere ein føremålstenleg måte å starte på. Å kartlegge kompetansen i kommunen er også eit viktig grep i dette arbeidet. Å starte med ei kartlegging av status er eit svært godt grunnlag for å kunne lage gode planar og setje i verk relevante tiltak som kan fremje folkehelsa.



## **Kapittel 3 Problemstillingar, metode og datagrunnlag**

### **3.1. Fokus i evalueringa**

Hovudføremålet med evalueringa er:

- Å kartlegge korleis fylke og kommunar arbeider med satsingane
- Å undersøke kva modellar og verkemidlar som verkar føremålstenlege
- Prosessrettleiing overfor fylke og kommunar

Evalueringa av er også viktig med tanke på å finne ut korleis Helsedirektoratet, i samarbeid med styringsgruppa på departementsplan, kan følgje opp det lokale folkehelsearbeidet framover. Eit anna poeng med undervegsevalueringa er at ho skal medverke til at aktørar i fylke og kommunar får høve til å formidle erfaringar, og til å diskutere problemstillingar og spørsmål som gjer at dei får innspel til vidare arbeid. På den måten inneheld evalueringa element av eigenevaluering og prosessrettleiing. Evalueringa skal følgjast opp i 2009.

### **3.2 Problemstillingar**

#### **3.2.1 Partnerskap for folkehelse**

Partnerskap for folkehelse er, som nemnt, lansert som ei arbeidsform for det lokale folkehelsearbeidet. Partnerskap for folkehelse handlar om tverrfagleg, sektorovergripande og forpliktande samarbeid på regionalt og kommunalt nivå. Sentrale stikkord for etablering av partnerskap for helse er ei brei, inkluderande mobilisering av aktørar. Dette er også utgangspunkt for dei tema og spørsmål som har vore i fokus i datainnsamlinga. Hovudproblemstillingane vert presenterte nedanfor, og vedlagde intervjuguidar viser korleis problemstillingane er operasjonaliserte i meir konkrete spørsmål til informantane (jf vedlegg).

- Korleis er folkehelsearbeidet organisert og forankra i fylka og kommunane?
- Kva er lagt vekt på i etablering av partnerskapa (aktørar, val av modellar osv)?
- I kva grad og på kva måte medverkar partnerskapsmodellen til mobilisering og konkret arbeid med folkehelse?

- I kva grad og på kva måtar er frivillige organisasjonar trekte inn i det lokale folkehelsearbeidet?
- Kva folkehelse tema og kva målgruppe vert prioritert lokalt og regionalt?
- Korleis kan Helsedirektoratet og dei ulike fylka gå fram for å fremje brei mobilisering til eit lokalt folkehelsearbeid?

### **3.2.2 Helse i plan**

Hovudmålet med prosjektet Helse i plan er altså å styrke folkehelsa ved å forankre ulike folkehelse tiltak, kommunalt og regionalt, ved bruk av plan- og bygningslova som verktøy, og å utvikle og legge til rette for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren. Forankring og utvikling av plan- og prosesskompetanse er såleis viktige stikkord i evalueringa. Hovudproblemstillingane er følgjande:

- I kva grad og på kva måtar er Helse i plan forankra i dei administrative og politiske strukturane regionalt og lokalt?
- Medfører forankringa i administrative og politiske strukturar at folkehelse tiltak faktisk vert sette i verk i kommunane?
- Kva rolle spelar det regionale nivået med tanke på forankring og prosessar arbeid lokalt?
- Kva folkehelse tema og målgrupper vert prioritert regionalt og lokalt?
- Korleis og i kva grad er desse folkehelse tema forankra og realisert?
- Korleis vert plan- og bygningslova og samfunnsplanlegging brukt som verkemiddel i folkehelsearbeidet?
- Korleis vert det arbeidd med å utvikle samfunnsdelen i kommuneplanen som verkemiddel for samordning av prioriteringar, dialog og forankring av folkehelse tiltak?
- Korleis vert relevant plan- og prosesskompetanse utvikla i helsesektoren?
- I kva grad er helsetema integrerte i planlegginga?
- Korleis kan Helsedirektoratet og dei ulike fylka gå fram for å fremje ei betre forankring av helse i planprosessar?

Operasjonaliseringa av problemstillingane går fram av vedlagde intervjuguidar.

### **3.3 Metode og datagrunnlag**

Evalueringa har fokus på to nivå;

- Fylkesnivået/det regionale nivået, som inkluderer aktørar som folkehelsekoordinatorar e.l. i fylkeskommunen og hos fylkesmannen, lag/organisasjonar, helseføretak mfl.
- Kommun nivået, som inkluderer aktørar som folkehelsekoordinatorar e.l., politikarar, planleggjarar, lag/org mfl.

Evalueringa prøver både å gje ei oversikt over situasjonen og ei djupneforståing av korleis tiltaka fungerer. Ved spørjeundersøkingar i kommunane er det gjennomført ei brei kartlegging av korleis folkehelsearbeidet er organisert, grad av forankring, kva det inneheld og korleis verktøya vert brukte. Resultat frå desse spørjeundersøkingane er formidla i rapport frå NIBR (Hofstad mfl 2008). Medan rapporten frå Møreforskning byggjer på djupnestudier i utvalde fylke og kommunar.

Vi har gått nærare inn på arbeidet som skjer i fylke og kommunar både når det gjeld Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Hovudfokus har vore forankring, organisering og kunnskapsbygging. Åtte fylke og 16 kommunar er med i djupnestudien (jf vedlegg). Alle åtte fylka er med i Partnerskap for folkehelse, medan fire av dei også er med i Helse i plan. Dei andre fylka og kommunane arbeider også i tråd med tenkinga som ligg til grunn for Helse i plan, men dei er ikkje med blant fylka som får midlar frå Helsedirektoratet til dette arbeidet.

Fylka og kommunane er valde med tanke på å sikre geografisk spreining, variasjon i storleik (gjeld kommunar), Det er også variasjon når det gjeld kor lenge fylke og kommunar har arbeidd med folkehelse med utgangspunkt i partnerskapsideen og helse i plan.

Folkehelsekoordinatorar i fylkeskommunar og hos fylkesmannen, og folkehelsekoordinatorar e.l. i kommunane er opplagde informantar. Utvalet informantar elles, det vil seie i dei regionale og lokale partnerskapa (samarbeid), er valde med tanke på variasjon i type aktørar (frivillige organisasjonar, høgskular, helseføretak osv).

Datagrunnlaget er tufta på:

- Dokumentstudiar
- Intervju med folkehelsekoordinatorar e.a. i fylkeskommunen og hos fylkesmannen. Til saman 13 informantar.

- Intervju med representantar frå eit utval lag/organisasjonar og andre som er representerte i dei regionale partnerskapa. Til saman 19 informantar.
- Intervju med folkehelsekoordinatorar og planleggarar i kommunane. Til saman 25 informantar.
- Intervju med representantar frå eit utval lag/organisasjonar og andre som er representerte i dei lokale partnerskapa.<sup>1</sup> Til saman 27 informantar.

Sju av dei åtte fylka, og 14 av dei 16 kommunane er besøkte. Det er gjennomført personlege intervju eller gruppeintervju med informantane. I eitt fylke og to kommunar er det gjort telefonintervju med informantane. Det er gjennomført 60 intervju med til saman 84 informantar, (32 informantar regionalt/fylkesnivået og 52 informantar lokalt/kommunenivået). Datamaterialet er relativt omfattande, og berre deler vert presentert og analysert i denne undervegsrapporten. Det same materialet vil også, i lag med data samla i 2009, ligge til grunn for sluttrapporten ved årsskiftet 2009/2010.

---

<sup>1</sup> Kommunane opererer ikkje med lokale partnerskap, og bruker sjeldan dette omgrepet. Dei snakkar om samarbeid, som er meir eller mindre formelle. Vi kjem tilbake til dette i kapittel 4.

## **Kapittel 4 Partnerskap for folkehelse**

### **4.1 Innleiing**

Temaet i dette kapitlet er Partnerskap for folkehelse, og arbeidet regionalt (pkt 4.2.) og lokalt (pkt 4.3). Hovudfokus er på etablering, organisering og forankring og på erfaringar med arbeidet.

### **4.2 Dei regionale partnerskapa**

Stimuleringsmidlar frå Helsedirektoratet vart i utgangspunktet gitt til fylke som direktoratet vurderte var komne langt i folkehelsearbeidet, men frå 2007 fekk alle fylka stimuleringsmidlar. Sjølv om fylka kan ha arbeidd målretta med folkehelsearbeid uavhengig av statlege stimuleringsmidlar, legg stimuleringsmidlar visse føringar på og forventningar til arbeidet med folkehelse. I 2008 gjekk om lag 29 millionar kroner til partnerskapsarbeidet, med 1,5 millionar til kvart av fylka. Midlane frå Helsedirektoratet skal bidra til å finansiere lokale folkehelsekoordinatorar, og elles gå til aktivitetar knytte til prioriterte tema i folkehelsearbeidet.

#### **4.2.1 Organisering og forankring**

Partnerskapsarbeid som arbeidsmetode er i for seg ikkje nytt for fylkeskommunane. Men det er stor variasjon mellom fylka med tanke på kor langt dei er komne når det gjeld Partnerskap for folkehelse. Det har mellom anna samanheng med kva fokus dei har hatt på folkehelse tidlegare og kor lenge dei har fått stimuleringsmidlar frå Helsedirektoratet. Dei fleste fylka har etablert eller er i ferd med å etablere eigne partnerskap for folkehelse.<sup>2</sup>

#### **Organisering - administrativt**

Tabell 1 gir ei oversikt over kvar i fylkeskommunen/fylket sekretariat for dei regionale partnerskapa er plassert.

---

<sup>2</sup> Eitt fylke har innlemma arbeidet med partnerskap for folkehelse i eit allereie etablert partnerskap mellom fylkeskommunen og fylkesmannen som gjeld planarbeid. Såleis er det ikkje oppretta eige partnerskap for folkehelse der:

<b>Fylke</b>	<b>Organisatorisk plassering</b>
Agderfylka Rogaland Hedmark	Fylkesrådmann/fylkesdirektør (stab e.l)
Telemark	Avdeling for plan og strategi – folkehelsesteam (er under omorganisering)
Buskerud	Utviklingsavdelinga
Oppland	Avdeling for kultur og idrett - folkehelse
Akershus	Avdeling for regional utvikling (folkehelsesteam)
Oslo	Helse- og velferdsetaten (byrådsavdeling for velferd- og sosiale tenester)
Vestfold	Kultur- og folkehelse (tidlegare i avdeling for tannhelse)
Østfold	Regional utvikling – seksjon for folkehelse/Østfoldhelsa
Hordland	Strategi- og næringsavdelinga – har også tverretatleg folkehelsegruppe
Møre og Romsdal	Kulturavdelinga (seksjon for folkehelse og fysisk aktivitet - God helse)
Sogn og Fjordane	Regionalavdelinga - plan og samfunn
Sør-Trøndelag	Enhet for regional utvikling , Kulturutvikling - idrett og folkehelse
Nord-Trøndelag	Avdeling for tannhelse og folkehelse
Nordland	Kultur- og miljøavdelinga (seksjon for fysisk aktivitet og folkehelse). Folkehelsesteam med representantar frå fleire avdelingar)
Troms	Kulturetaten - avdeling idrett og folkehelse
Finnmark	Kultur- og idrettsavdelinga - folkehelse

*Tabell 1 – organisatorisk plassering av folkehelsearbeidet i fylka*

Alle fylka har ein folkehelsekoordinator, folkehelserådgjevar eller tilsvarande med ansvar for å koordinere dei regionale partnerskapa. I mange tilfelle skjer dette i eit samarbeid mellom fylkeskommunen og fylkesmannen. Somme fylke har folkehelsesteam med fleire tilsette, medan andre opplever å vere ”åleine” om folkehelsearbeidet. Å vere eit team vert opplevd som ein styrke for administrativ forankring av arbeidet med folkehelse.

Arbeidet med organisering, både av regionale partnerskap og folkehelsearbeidet meir generelt, har vore sentralt i alle fylka. Det har vore diskusjonar når det gjeld kva nivå og/eller eining i organisasjonen det er mest føremålstenleg at folkehelsearbeidet vert plassert. Tabell 1 viser at det er tre alternativ som går att:

- I stab hos fylkesdirektør/rådmann
- I kulturavdelinga
- I avdeling for regional utvikling



Samla sett er det ikkje grunnlag for å seie at ei organisatorisk plassering er meir føremålstenleg for folkehelsearbeidet enn ei anna. Men for kvart enkelt fylke kan det sjølvsagt vise seg at ei organisering av folkehelsearbeidet kan vere betre enn ei anna.

### **Politisk forankring**

Politisk forankring i fylkeskommunen vert oppfatta som avgjerande for at arbeidet med folkehelse skal få gode vilkår og ha legitimitet. Oppretting av eigne politiske organ for folkehelsearbeidet, må vere eit tydeleg signal på at fylket vil prioritere folkehelse. Godt over halvparten av fylka har oppretta eigne politiske organ knytte til folkehelse, som til dømes folkehelseutval, folkehelseråd eller folkehelsekomitear. I folkehelsekomitear, som er oppretta, er det også med representantar som ikkje er politikarar, men der berre politikarane har stemmerett. I fylke som ikkje har oppretta eigne politiske organ innanfor folkehelsefeltet, ligg det politiske ansvaret hos allereie etablerte politiske råd/utval.

Sjølv om folkehelsekoordinatorane og dei regionale partnerskapa ønskjer endå meir politisk engasjement og ryggdekning for arbeidet, er det generelle inntrykket at politikarane er opptekne av fylke si rolle i folkehelsearbeidet og prøver å skape rammer for arbeidet. Spørsmålet om politikarane prioriterer folkehelse vert mellom anna kommentert slik: *”Det er en ikke-lovpålagt oppgave, og det er nok av andre gode formål som kan konkurrerer med oss. Sett i det lyset, så prioriterer politikerne folkehelse.”*

Folkehelsekoordinatorane i fylka formidlar at politikarane ser ut til å vere minst like opptekne av å fremje folkehelsearbeidet som administrasjonen i fylkeskommunane er, men at administrasjonen ser ut til å kome etter.

Eit mål på graden av politisk forankring er i kva grad og på kva måtar folkehelse er nedfelt i planar. Planar for folkehelsearbeidet er utarbeidd i alle dei åtte fylka (handlingsplanar, strategiplanar e.l.), og er politisk vedtekne dokument. Hovudintrykket er såleis at den formelle forankringa er god.

### **Økonomi**

Det er vanskeleg å få ei god oversikt over kor mykje og kva type midlar som vert brukte til folkehelsearbeid i fylka, og spesifikt til dei regionale partnerskapa i fylka (ut over stimuleringsmidlane frå Helsedirektoratet).

Det som kan seiast er at variasjonen mellom fylka er stor når det gjeld kor stor pott dei har til disposisjon i dette arbeidet, både med tanke på det som kan disponerast via dei regionale partnerskapa, kor mange stillingar som inngår og kva som elles vert rekna som ein del av midlane som går til folkehelsearbeidet. Ulik organisering av arbeidet og definering av kva som inngår i og er ein del av folkehelsearbeidet og partnerskapsarbeidet, er nokre årsaker til at det er vanskeleg å få eit grunnlag som gjer det mogleg å samanlikne fylka.

Oppfatninga blant dei fleste folkehelsekoordinatorane er at staten har løyvt for lite pengar til denne satsinga, i alle fall sett i samanheng med opplevinga av at direktoratet har relativt store forventningar til resultat av partnerskapsarbeidet: *"Når det står i meldingen at regjeringen følger opp med midler, så forventer en noe mer enn det er blitt."*

At det er avgrensa midlar til disposisjon for dei regionale partnerskapa, legg føringar mellom anna på kva type partnerar som kan mobiliserast inn og kor mange partnerar som kan vere med. Til dømes er det fleire som er tilbakehalde når det gjeld å invitere alle kommunane med, mellom anna fordi det vert lite midlar til kvar kommune og eventuelt andre partnerar. Ei tilnærming, som vert vurdert, er å differensiere meir mellom partnerar når det gjeld rolle i partnerskapen, og kor mykje midlar ulike partnerar skal få. Elles er det eit spørsmål kor stor del av midlane som bør ut til kommunane samanlikna med kor stor del fylket bruker på eigne tiltak, som kan vere stillingar, tverrfagleg arbeid eller konkrete aktivitetar/tiltak. Dette spørsmålet kjem vi tilbake til seinare i rapporten.

#### **4.2.2 Mobilisering og etablering av regionale partnerskap**

I og med at fylkeskommunane har spelt ei nøkkelrolle i etablering av dei regionale partnerskapa, tek vi i første omgang utgangspunkt i folkehelserådsgjevarane/koordinatorane i fylka sine erfaringar med etablering av partnerskap.

#### **Kommunane er viktigaste aktør i den regionale partnerskapen**

I dei regionale partnerskapa vert det først og fremst lagt vekt på å mobilisere kommunane til deltaking. Følgjande sitat frå ein folkehelsekoordinator i eit fylke, illustrerer det fleirtalet av koordinatorane meiner: *"Vi mener det viktigste arbeidet skjer i kommunene, så vi prioriterte å lage partnerskap med kommuner."* Sjølv om kommunane vert oppfatta som dei viktigaste partane i regionale

partnarskap, og fokus i etablering av partnarskap har vore på å mobilisere kommunane, er frivillige lag og organisasjonar og andre aktørar også representerte i partnarskapa. Fylkesmannen er sentral, og fylka har inngått partnarskap med Fylkesmannen, ofte på ein slik måte at fylkeskommunen og fylkesmannen i samarbeid koordinerer arbeidet eller utgjør sekretariat. Av dei frivillige organisasjonane er idrettskretsar dei som i størst grad er representerte i regionale partnarskap.

Nasjonalforeningen for folkehelsen, Mental Helse, frivilligsentralar, politi, høgskular, friluftsgesamstasjonar og sanitetsforeiningar er andre aktørar som går att. I det samla biletet er langt fleire organisasjonar og aktørar representerte, men alle kan ikkje nemnast her.

Fylka, som har etablert regionale partnarskap, har formelle avtalar med kommunane. Men det varierer i kva grad det er skriftlege og forpliktande avtalar med dei andre aktørane. For å kunne vere med i partnarskapen og få midlar til arbeidet, må kommunane forplikte seg på ulike måtar. Det er vanleg at det inngår i avtalen at kommunane må opprette stilling for folkehelsekoordinator, vanlegvis med krav om minimum 20 % stilling, i eitt fylke minimum 50% stilling. Men det er også fylke som ikkje har krav om ein viss stillingsprosent, mellom anna fordi kommunane er så ulike når det gjeld organisering og storleik. Det er også ein vanleg føresetnad at deltaking i partnarskapen skal vere forankra i politisk vedtak, og at kommunane må velje satsingsfelt blant dei som er valde i den regionale partnarskapen.

Kor stor del av kommunane i kvart av fylke som er med i dei regionale partnarskapa varierer, men dei fleste fylka har som mål å få med alle kommunane. Sjølv om det er eit mål å få med flest mogleg kommunar, vert det nemnt at det skaper fleire utfordringar for fylkesnivået, mellom anna med tanke på oppfølging.

Somme fylke formidlar at kommunane har vore motiverte for deltaking i den regionale partnarskapen, medan andre opplever at arbeidet med å få kommunane med har vore krevjande:

Det er en langdryg prosess å få med kommunene i partnerskapet. Det er mange kommuner i fylket, og det kan være en utfordring at partnerskapet blir for stort (koordinator i fylke).

### **Forholdet mellom fylkeskommunen og fylkesmannen**

Fylkesmannen er ein viktig part i partnerskapa. To av fylka er også einskapsfylke, som mellom anna vil seie at fylkeskommunen og fylkesmannen er integrert i samarbeid på ein del område. I eitt av desse fylka er fylkeskommunen og fylkesmannen administrativt integrert i eit regionalt organ. I fylka er det som regel nærare samarbeid mellom fylkeskommunen og fylkesmannen enn det er mellom fylkeskommunen og dei andre partnarane. I mange tilfelle opererer fylkeskommunen og fylkesmannen som ein aktør i folkehelsearbeidet, og begge er då representerte i sekretariatet. Erfaringane med samarbeidet er både òg. Ein informant frå ein av fylkeskommunane seier det slik:

Du verden! Vi har jobba godt sammen. Det med sekretariat, det fungerer veldig godt, og de er lett å forholde seg til. De har samme utfordring som oss på det med tverrfaglighet.

Andre formidlar at samarbeidet mellom fylkeskommunen og fylkesmannen er etablert fordi dei må, og at det har vore usemje mellom anna når det gjeld val av tematiske satsingar. Men dei ser samstundes at gjensidig forplikting, som ligg i partnerskapsideen, kan vere føremålstenleg for å fremje samarbeid.

### **NAV og helseføretak – vanskelege å få på banen**

NAV og helseføretak er viktige i folkehelsearbeidet. Dei regionale partnerskapa har prøvd å mobilisere desse. Eitt fylke, som rett nok ikkje har vore med i utvalet for denne evalueringa, har kome langt i samarbeidet med NAV og helseføretak, men elles er hovudbiletet at det er vanskeleg å få NAV og helseføretak med i partnerskapa. Erfaringane i fylka er at desse aktørar er spesielt utfordrande både å få med og å følgje opp.

### **Høgskulane**

I og meg at utvikling av kompetanse er eit viktig element i folkehelsearbeidet, er høgskulane ein sentral instans. Eit par fylke har fått til godt samarbeid med høgskulane, også som aktiv partnar i den regionale partnerskapen. Med tanke på at kompetanseheving er viktig for folkehelsearbeidet, og eit eige mål med Helse i plan (jf kp 5), bør det bli meir fokus på høgskulane si rolle som aktør i folkehelsesatsinga.

### **Utgangspunktet for val av deltakarar i partnerskapen**

Utgangspunktet for val av partnerar er gjort med tanke på å oppnå folkehelse målsetjingar. Kommunar er sjølvsgde. Elles er det aktørar, som fylket har samarbeidd med tidlegare, som har vore naturlege å få med i dei regionale partnerskapa. Kva som ligg til grunn for at partnerar, som kommunar, frivillige organisasjonar og andre vil vere med i partnerskapen, vert det i somme tilfelle stilt spørsmål ved. Mellom anna med tanke om tilgang på økonomisk støtte er viktig motivasjon for frivillige organisasjonar si deltaking. Vårt inntrykk, utifrå intervju med representantar frå frivillige organisasjonar, er at utgangspunktet for deltaking i partnerskap først og fremst er å medverke til å fremje folkehelse og etablere nettverk. At deltaking i partnerskapen også kan vere ein kanal for finansiering av aktivitet legg dei ikkje skjul på, men det er vel også nettopp litt av poenget bak partnerskapstenkinga, så lenge midlane går til gode tiltak som fremjar folkehelse. utfordringar oppstår i dei tilfella organisasjonane ikkje følgjer opp, og fylke som koordinator heller ikkje har ressursar og kapasitet til å følgje opp organisasjonane.

### **4.2.3 Folkehelse tema og målgrupper**

Val av tema i dei regionale partnerskapa er tydeleg styrt av signal frå sentralt hald og satsingsområde som er valde nasjonalt. I det store og heile har fylka valt mange og ulike tema, og fleire stiller spørsmål ved om det kanskje er satsa på for mange område. Ein folkehelsekoordinator formulerer seg slik: *”Skal man jobbe i partnerskap regionalt blir det til at vi smører tynt ut over det hele, i steden for å spisse inn et satsingsområde om gangen.”* Stor breidde i tema føreset at det finst aktørar i partnerskapa som har kompetanse, interesse og kapasitet til å initiere aktivitet på mange ulike felt, og det er ikkje alltid tilfelle. Såleis kan det vere ei stor utfordring å drive arbeidet framover, og det kan vere vanskeleg å halde fokus. Ein partner frå ein frivillig organisasjon seier dette:

Partnerskapsmidlene bør kanskje spisses noe, og settes inn på noen områder. At det kanskje var mer fokus på regionale tiltak, som gjaldt flere kommuner. Det er for mye småplukk slik det er nå.

#### **4.2.4 Fokus på system eller konkrete tiltak?**

På fylkesnivået kan det som har skjedd først og fremst knytast til systemnivået, der etablering og drift av partnerskap, kunnskapsbygging, politisk og administrativ forankring og organisering har stått i fokus. Dette ligg også til grunn for arbeidet som fylka gjer overfor kommunane:

Bedre politisk forankring i fylkeskommunen, som igjen har bidratt positivt til den politiske forankringa i kommunene. Nettverksbyggingen har bidratt positivt til å kunne bruke samlet erfaring og kompetanse (folkehelsekoordinator i eit fylke).

Men det er også døme på at fylke har satsa relativt mykje på konkrete tiltak i eigen regi, og lagt vekt på å synleggjere si eiga rolle på tiltaksnivået. I kommunane vert det stilt spørsmål ved kor mykje av folkehelsemidlane som skal brukast på fylkesnivået, og til at fylket set i verk eigne konkrete folkehelseiltak, eller om det konkrete arbeidet først og fremst bør skje lokalt.

Sjølv om det er døme på fylkeskommunar som profilerer folkehelsesatsinga gjennom konkrete tiltak, er det mest fokus på systemnivå i det som skjer regionalt. På tiltaksnivået er det meir å vise til lokalt, noko som også er intensjonen. Tiltaka kunne kanskje vore sette i verk uavhengig av regionale partnerskap og fylke si rolle, men ein del tiltak har truleg betre kvalitet og større omfang som følgje av at dei står i ein meir overordna samanheng.

#### **4.2.5 Erfaringar med partnerskapsmodellen**

Ei oppfatning av partnerskap er at det er ei føremålstenleg tilnærming i utviklingsarbeid og i dei tilfella samarbeid er nødvendig for å gjennomføre ei satsing. Blant fylke som var tidlegast ute med å etablere regionale partnerskap, vart arbeidet med å danne partnerskap oppfatta som ei utfordring. Mellom anna fordi det var mangel på kompetanse i organisasjonen, noko som gjorde det vanskeleg å selje budskapet om verdien av partnerskap. I starten var kommunane heller ikkje særleg positive til å vere med. At det følgde lite midlar med, gjorde arbeidet endå vanskelegare. Som vi har vore inne på tidlegare, vert kommunane oppfatta som ein nøkkelaktør i partnerskapsarbeidet. For å få kommunane til å arbeide med nye felt, må det følgje stimuleringsmidlar

med. Ein informant seier at: ”*staten har ikke tatt inn over seg hvor vanskelig denne oppgaven er. Partnerskapen er ikke gitt vilkår for å lykkes. Den er avhengig av en kolossal egeninnsats til de som er med.* ”

Det er kommunane som først og fremst har inngått forpliktande avtalar i dei regionale partnerskapa, i mindre grad frivillige organisasjonar, frivilligsentralar, høgskular, helseføretak osv. Dei sistnemnde kan også ha skrive under på ein partnerskapsavtale, men den er i større grad knytt til enkeltstående prosjekt. Det generelle inntrykket er at kommunar opplever partnerskapen som meir forpliktande enn andre partnerar. Det er heller ikkje slik at det er stilt vilkår for andre aktørar si deltaking på same måten, ut over at dei eventuelt bidreg i konkrete prosjekt/tiltak. Men aktørar, som frivillige organisasjonar, opplever likevel at deltakinga fører til meir fokus på folkehelse generelt, og at dei i større grad vert bevisste på kva deira rolle kan vere i slikt arbeid.

Nokre sitat frå informantar i dei regionale partnerskapa kan illustrere erfaringar med partnerskap som verkemiddel:

Vi har gode erfaringer med partnerskapet. Det er viktig at vi har de same oppfatningane av hva det går i. Dette med juridisk forpliktende avtaler...det er mer en ”gimmick” dette med partnerskapsavtaler føler jeg. Det går mer på synliggjøring, at dette går vi for alle sammen. Det gjør jo at det blir mer forpliktende både for kommunene og fylkeskommunen (folkehelsekoordinator i fylket).

Selv om jeg synest det har haltet med arbeidet på grunn av bemanninga, så synes jeg likevel det er bra med den partnerskapstenkingen fordi det hjelper oss å samle fokus litt mer forpliktende... også overfor kommunene. Så jeg tror i seg selv det er viktig, og det er med på å hjelpe tverrsektorielt samarbeid på fylkesnivå (representant frå fylkesmannen).

Når vi fikk denne satsinga der fylkeskommunen fikk ansvar, politikerne gjorde vedtak og det vart gitt midler til kommunene. Jeg er ikke i tvil om at det er det beste som har skjedd. Vi har ventet på forankring i kommunene i mange år, men har ikke hatt midler til at kommunene kunne får folkehelsekoordinatorer på denne måten (folkehelsekoordinator i fylket).

Politikarane er sentrale i folkehelsearbeidet, og ein politikar som er representert i styret for ein regional partnerskap seier at:

Vi burde ha en oppsummering av hva som gjøres i partnerskapet. Politikerne er som nevnt opptatt av å kunne se hva som skjer og hvilke resultater som vi kan vise til. Ønsket om å se resultater kan være et dilemma fordi folkehelse er et langsiktig arbeid.

Folkehelsekoordinatorane/rådgjeverane i fylka er opptekne av at partnerskapen ikkje må bli for stor. Utfordringa med store partnerskap, med mange ulike aktørar, er mellom anna å kunne følgje opp partnarane på ein god måte:

Det er en utfordring å følge opp alle partnerne. Noen partnere trenger lite eller ingen oppfølging, mens andre er det vanskelig å holde fast på. På grunn av manglende ressurser har vi derfor flere sovende partnere (folkehelsekoordinator i fylke).

Representantar frå frivillige organisasjonar opplever at deira rolle er vorte tydelgare gjennom satsinga på folkehelse og deltaking i partnerskap:

Tidligere var dette med samarbeid med frivillige organisasjoner mer ”floskler”. Det stod i stortingsmeldinger og slikt. Men vi har fått en helt annen plass. Vi er med i nettverk, møter og fora, og jeg synes nok at vi som organisasjon blir tatt mer høytidelig. Det er jo en utfordring i dette arbeidet – dette med likeverdighet. For det ligger i strukturen at de som sitter på midlene i mye større grad kan styre. Jeg føler at vi blir hørt, men det ligger i systemet at det er en balanseforskjell her. Partnerskapsavtalen er som krona på verket over det vi har prøvd å bygge opp av samarbeid over tid (representant for frivillig organisasjon).

I formen, så er partnerskap at vi kvitter oss med det årlige og halvårlige søknadshysteriet. Nå snakker vi med folk, kommer til avtaler og blir enige. Så kommer pengene automatisk. Dette er de to viktigste karakteristikkene ved partnerskapen (representant for frivillig organisasjon).

I følge dette synspunktet fører partnerskapen til mindre byråkrati og meir tillit. Resultat av partnerskapen er elles at det er skapt entusiasme, kontakt mellom ulike aktørar, og at ein kan sjå tettare koplingar og strukturar i forholdet mellom offentleg og frivillig sektor.



For frivillige organisasjonar gir deltaking i den regionale partnerskapen midlar, men like viktig er at det gir legitimitet og posisjon. I tillegg opnar det dører til nettverket med fleire ulike aktørar, og det kan gjere det lettare for organisasjonar å nå ut til målgruppene:

Det vi ser som positivt er at vi kommer lettere til målgruppene. Vi får mulighet til å samhandle mer i et tverrfaglig miljø. Spesielt har det vært nyttig å komme mer direkte inn på tiltak på kommunalt nivå. Idretten har verktøy og virkemidler som andre ikke har, og gjennom dette samarbeidet kan vi i fellesskap komme lengre. Men det er ofte personavhengig når det gjelder samarbeid (representant frå idrettskrets)

Andre representantar frå frivillige organisasjonar, som er med i partnerskapen, har mindre gode erfaringar:

Så partnerskap var en god ide, men det fungerer ikke, så la oss gjøre noe nytt, men det betyr ikke at vi ikke skal samarbeide, men å tro at partnerskap skal resultere i billigere løsninger for samfunnet, det gjør det ikke. For det forutsetter at det finnes ledig kapasitet og det gjør det ikke (representant for frivillig organisasjon).

Frivillige organisasjonar arbeider på andre måtar og representerer ein annan kultur enn det offentlege. Dette har vist seg å vere ei utfordring for frivillig sektor si deltaking i partnerskap:

Vi som frivillig organisasjon er mer aktivitetsretta. Vi synes ting tar veldig lang tid – det med planarbeid for eksempel. Det går veldig lang tid og vi kan ikke arbeide helt på den måten (representant for frivillig organisasjon).

Elles vert det sagt at om somme partnerskap at det vert brukt mykje tid på teoretiske diskusjonar, og at det kan vere vanskeleg tilgjengeleg for alle partnarane, kanskje særleg organisasjonar som har fokus på meir konkrete aktivitetar og tiltak. Men som ein informant frå frivillig sektor seier: *”kanskje vi har igjen for det på lang sikt.”*

Partnerskap er eit verkemiddel, ikkje eit mål. Det kan vere fare for at partnerskapen i seg sjølv vert målet. Ein informant kommenterer dette slik: *”Det må vi huske for alt i verden. Det skal være et redskap for å oppnå noe.”*

### **Likeverdige partnarar?**

Utgangspunktet for ein partnarsskap er at partane skal vere likeverdige. Erfaringane er at dette ikkje alltid er tilfelle. Fylkeskommunane og fylkesmannen spelar ei anna rolle, mellom anna som leiar, enn dei andre partane. At det er fylkeskommunen som forvaltar midlane, er eit døme på at det ikkje er snakk om likeverdige partar. Kommunane spelar også ei anna rolle enn frivillige lag og organisasjonar, mellom anna fordi fylket legg større vekt både på å få med og følgje opp kommunane som er med, samanlikna med dei andre partane.

Representantar frå kommunane, som er med i regionale partnarsskap, opplever at dei er likeverdige partnarar. Men dei formidlar også at det har teke tid før fylkeskommunen som koordinator har lagt til rette for ei meir kommunikatív tilnærming og gått bort frå å ”*servere ferdige opplegg*”, som ein informant i ein av kommunane formulerer det. Det finst fleire døme på at fylkesnivået gjerne vil vere synleg som aktiv part og pådrivar i folkehelsearbeidet, sjølv om utgangspunktet er at den konkrete aktiviteten først og fremst skal skje i kommunane. Behovet for å synleggjere fylket si rolle har i somme tilfelle ført til situasjonar, der det kan stillast spørsmål ved i kva grad partane vert oppfatta som likeverdige:

Noen på fylket var misfornøyde fordi kommuner ikke bruker fylkets logo i det lokale arbeidet med folkehelse, men da vil jeg si at det er mange som ikke skjønner hva partnerskap er. De tenker at man skal kjøre en hierarkisk kultur og har ikke forståelse for denne egenverdien til deltagerne (folkehelsekoordinator i fylke).

Kommunane som er partnarar i regionale partnarsskap formidlar at partnarsskapsdeltaking har lagt føringar på korleis kommunen arbeider med folkehelse. I tillegg til at kommunane må innfri nokre vilkår for å vere med (stilling, politisk vedtak, satsingsområde), medverkar partnarsskapen også til synleggjering av folkehelse og til å halde fokus på folkehelse. Ikkje minst er nettverket som arena for erfaringsutveksling med andre kommunar svært viktig.

Byteforholdet mellom partnarane i partnarsskapa er ikkje likt. Dei regionale partnarsskapa har ”sovande” partnarar. Somme får tilskot utan at dei kjem i gang med aktivitet. Siktemålet for sekretariata i dei regionale partnarsskapa er å oppnå meir styring overfor partnarar som får midlar. Mellom anna ved å gjere avtalane meir forpliktande og kanskje

differensiere avtalane utifrå kva roller ulike aktørar har i partnerskapen. Det er altså ei utfordring å klare å følgje opp partnerskapa som er oppretta. Samstundes vert partnerskap som verkemiddel opplevd som føremålstenleg fordi det legg eit visst press på fylka for å arbeide målretta med folkehelse, ikkje minst på tvers av nivå og sektorar.

Tid er ei utfordring, og det kan vere vanskeleg å prioritere folkehelsearbeid. Kommunane som er med i partnerskapen får midlar uavhengig av aktivitet, sjølv om vilkår som stilling for folkehelsekoordinator og politisk forankring må vere på plass. Såleis kan det kanskje diskuteras om dei regionale partnerskapa bør ha midlar i reserve (i fond?) for å støtte kommunar som kan vise til aktivitet eller som har konkrete aktivitetar dei vil setje i verk.

Det kan i enkelte tilfelle opplevast vanskeleg for folkehelsekoordinatorane i fylka å finne si rolle overfor kommunane. Korleis kan fylkeskommunen vere pådrivar og følgje opp kommunane når fylkeskommunen ikkje har kontrollfunksjon? Det ser ut til å vere behov for ein diskusjon rundt fylka si rolle overfor kommunane.

#### **Nettverksgrupper/ressursgrupper**

Fylka har fått eller er i ferd med å få nettverksgrupper rundt dei ulike tematiske satsingane. Gruppene består av personar, som har særleg kunnskap om eitt av satsingsområda. Personane i gruppene kan kome frå kommunar, organisasjonar, utdanningsinstitusjonar. Hovudkriteriet er at dei har kompetanse på eit område. Gruppene skal vere ein ressurs for kommunane på det området som kvar av gruppene er etablert rundt. Fordi desse gruppene, i fleire fylke, knapt har kome i gang, vil vi kome tilbake til erfaringane med desse i ein seinare fase av evalueringa.

#### **4.2.6 Helsedirektoratet si rolle**

Informantane i fylke meiner at Helsedirektoratet har ei viktig rolle fordi dei gir midlar til arbeidet, men også når det gjeld fagleg oppfølging. Eit sitat kan illustrere ei oppfatninga som fleire koordinatorar i fylka har:

Partnerskap er jo regionalt utviklingsarbeid og tverrsektorielt, så de (Helsedirektoratet) famler sikkert litt, det er nytt for dem. Men det har kommet seg. De tar initiativ, det er både Partnerskap for folkehelse og Helse i plan eksempler på. Hadde de ikke tatt disse initiativene og stilt

økonomisk garanti, så hadde vi ikke vært der vi er i dag i det hele tatt. De grepene de har gjort har vært gode og avgjørende for at vi kunne bygge opp Partnerskap for folkehelse (folkehelsekoordinator i fylke).

Direktoratet vert oppfatta som tydeligare på kva dei forventar av regionane, og ein informant synest det er bra:

Jeg tror vi trenger det presset fra direktoratet. Tidligere brukte vi Stortingsmelding nr 16 som begrunnelse, nå bruker vi plan- og bygningsloven. Men vi er avhengige av sentrale føringer. For eksempel når staten sier at vi skal satse på partnerskap, så trenger ikke vi argumentere for det valget.

Sjølv om dei fleste folkehelsekoordinatorar meiner at Helsedirektoratet har tilført arbeidet i fylka mykje positivt, er erfaringane med Helsedirektoratet si rolle både òg. Eit moment som vert trekt fram er at direktoratet har tradisjon for å halde kontakten med folkehelserådgjevarar hos fylkeslegen, og at det difor vert ei utfordring å få etablert ein link til fylkeskommunen, som er ein nøkkelaktør i partnerskapsarbeidet. Eit anna moment som folkehelsekoordinatorane trekkjer fram er at direktoratet i liten grad samarbeider på tvers av avdelingar og seksjonar internt, noko som er ein ulempe med tanke på rolla direktoratet bør ha overfor fylka i partnerskapsarbeidet. Folkehelsekoordinatorane i fylka opplever at Helsedirektoratet har vore lite koordinert på tvers av seksjonar og avdelingar, som er sentrale for dei områda som direktoratet har signalisert som satsingsfelt.<sup>3</sup>

Elles vert det poengtert at arbeidet har vore prega av at Helsedirektoratet sjølv har hatt liten kompetanse på partnerskapsarbeid, men at dei har vore dyktige på å trekke vekslar på fylke som har lang erfaring med denne måten å arbeide på. Styrken til direktoratet har vore kompetanse på fagområde, som til dømes ernæring, tobakk og fysisk aktivitet, i liten grad på (regionalt) utviklingsarbeid. Ein folkehelsekoordinator kommenterer Helsedirektoratet si rolle på denne måten:

Er litt uenig i hvordan de har organisert partnerskapet. Direktoratet er veldig glad i å telle, men ikke så god på prosess. Så virker det som det er konkurranse mellom de ulike avdelingene i direktoratet. Det er mye

---

<sup>3</sup> Helsedirektoratet har gjort grep, mellom anna oppretta grupper på tvers, for å prøve å betre det interne samarbeidet.

rapportering og byråkrati for de midlene vi får (folkehelsekoordinator i fylke).

Det kan tenkast at ei av årsakene til at mange fylke har opplevd utfordringar med å oppnå forståing for kva partnerskap er, nettopp kan vere at Helsedirektoratet ikkje har spesiell kunnskap om det. I lys av dette kan det nemnast at folkehelsekoordinatorane saknar verktøy og innspel på metodeutvikling frå direktoratet: *”Når det gjelder folkehelsearbeid er det helt nødvendig å være konkret.”*

Folkehelsekoordinatorane saknar fleire konkrete verkemidlar eller ”læreboktilnærming” som ein informant kallar det.

Nå jobber de med inspirasjon og motivasjon av regionalt nivå, og det er vel og bra, men det skaper frustrasjoner når vi ikke kan levere produkter, de har forventninger om at vi skal gjøre et arbeid. De kunne heller sett på oss som en rolle i å gjennomføre og videreformidle. Vi må bli gode på det vi skal være, og så må de bli gode på å lage gode aktivitetsveiledere. Vi er planleggere, organisatorer, samordnere, vi har funnet en rolle der sammen med fylkesmannen som faglig veileder. Vi kan være gode på å lage seminarer og formidle budskapet fra Helsedirektoratet (folkehelsekoordinator i fylke).

Nettverket som er etablert mellom fylka, gjennom samlingar, konferansar osv er svært nyttig som arena for erfaringsutveksling og drøfting av felles problemstillingar og utfordringar: *”De har spilt en allright rolle de. De har hatt disse samlingene, og de har fungert godt.”*

Det vert også framheva at Helsedirektoratet er gode på kunnskapsformidling, til dømes på å formidle forskingsresultat og relevant statistikk, men at dette har prega nettverksamlingane i for stor grad:

Men kanskje av og til blir de gjentakelse. Det er ikke så interessant å høre hvor farlig det er å røyke og spise for mye. Det vet vi jo fra første samling. Det har stått litt på stedet hvil når det gjelder å utvikle dette faglig (folkehelsekoordinator i fylke).

Eit anna poeng som vert trekt fram i tilknytning til nettverkssamlingane, er at fylka i større grad bør kunne vere med å legge premisser for dagsordenen for desse samlingane.

Andre meiner at direktoratet burde hatt meir fokus på arbeidet lokalt, både når det gjeld midlar, og med tanke på oppfølging og informasjon. Samstundes poengterer informantane at Helsedirektoratet tek initiativ, gjennom ulike verkemidlar og tilskotsordningar, og at desse grepa har vore gode og avgjerande for etablering av partnerskap i fylka og arbeidet med å få i gang arbeid lokalt.<sup>4</sup>

### **4.3 Partnerskap for folkehelse – arbeidet i kommunane**

Så langt har vi fått eit innblikk i korleis partnerskap for folkehelse fungerer og vert vurdert som verktøy regionalt. No skal vi sjå nærare på korleis dette arbeidet vert organisert og fungerer lokalt.

#### **4.3.1 Organisering og forankring**

Eitt av dei viktigaste vilkåra for god organisering og forankring lokalt, er at kommunen har folkehelsekoordinator, som helst ikkje har dette på toppen av ei anna stilling, eller i svært liten stillingsprosent. Midlar frå fylket (mellom anna frå dei statlege stimuleringsmidlane) er eit anna moment, som vert trekt fram som nødvendig, for å kunne halde oppe fokus og innsats på folkehelsefeltet.

Kommunane har arbeidd mykje med forankring, både overfor politiske organ og administrativt. Signala om at dette er viktig for å skape gode rammer for folkehelsearbeidet, er absolutt oppfatta i kommunane, sjølv om ikkje alle lukkast like godt med å få det til. Ein stor del av kommunane opplever at det er god politisk forankring.

Folkehelsekoordinatorar i kommunane meiner det mellom anna kan ha samanheng med at kommunen er med i den regionale partnerskapen, noko dei opplever gir god ryggdekning og legitimitet: *”Den gir et press for at vi kan arbeide med å prioritere dette arbeidet når hverdagen innhenter oss og vi har mye å gjøre her”*.

Når det gjeld politikarane si rolle, har folkehelsekoordinatorar lokalt i stor grad erfaringar lik denne: *”Proessen med folkehelsearbeidet har vært lærerik for politikerne, men de blir fort opptatt av tiltak og konkretisering.”* Ein kommunepolitkar, som er blant informantane, stadfestar nettopp eit slikt syn: *”Det er mye fokus på konkrete tiltak og veldig praktisk arbeid. Det liker politikerne godt. Vi liker å se at ting blir*

---

<sup>4</sup> Tilskotsordninga til lavterskel aktivitet er eitt døme.

*omsatt i praksis.*” Slike haldningar og forventningar vert oppfatta som ei utfordring på godt og vondt. I tilknytning til folkehelsearbeid er det svært vanskeleg å måle og sjå effektar av eitt konkret tiltak, i alle fall på kort sikt. Ein folkehelsekoordinator formidlar det som andre koordinatorar også opplever: *”Vi føler det veldig at vi hele tiden må dokumentere at politikerne er med, det er jo de som vil ha mer folkehelse.”* Forankring i politiske og administrativ leining vert altså framheva som viktig for statusen til folkehelsearbeidet. Alle kommunane arbeider bevisst med dette, sjølv om dei er komne ulikt.<sup>5</sup>

Når det er snakk om administrativ og politisk leining, vert det i dei fleste samanhengar tenkt på rådmann og ordførar som nøkkelaktørar. Oppfatninga er at dersom desse er med på laget, har folkehelsearbeidet godt grunnlag for forankring, og det gir legitimitet. Ein folkehelsekoordinator stiller spørsmål ved om det kan ha vore lagt for mykje innsats i å skape forankring hos rådmann og hans leiargruppe, og for lite innsats i å forankre folkehelsearbeidet hos einingsleiarane: *”For det er de som evner å få dette nedover i systemet, heller enn de på toppen.”*

#### **4.3.2 Etablering av partnerskap**

Kommunane har i liten grad etablert partnerskap i den meininga som partnerskapsomgrepet er definert tidlegare i rapporten (jf kp 2). Dei fleste nyttar heller ikkje omgrepet partnerskap om arbeidet lokalt. Samarbeid og samhandling er omgrep som vert brukte. Det finst nokre døme på skriftlege avtalar mellom kommunen og organisasjonar knytte til konkrete avgrensa tiltak. *”Dei som vil ha midlar, må inngå ein avtale om kva dei skal gjere. Elles er det ingen formelle avtalar utanom det (folkehelsekoordinator i kommune).”* I den grad det er etablert partnerskap eller andre former for meir forpliktande samarbeid, er det oftast internt i kommuneorganisasjonen. Men ein del kommunar har oppretta samordningsforum e.l., der frivillige organisasjonar er med i samarbeid med representantar frå kommunen, både administrasjon og politikarar.

---

<sup>5</sup> Når det gjeld spørsmålet om politisk forankring av folkehelsearbeidet, vet det nærare drøfta i kapittel 5, og er også eit tema i rapporten frå NIBR.

Så langt er altså folkehelsearbeidet lokalt i liten grad organisert med gjensidig forpliktande avtalar mellom etatar og på tvers av offentleg og frivillig sektor. Likevel er tilnærminga i folkehelsearbeidet i stor grad tufta på at frivillige organisasjonar, offentlege aktørar og andre aktørar vert oppfatta som likeverdige partar i arbeidet med folkehelse.

Ein del kommunar er nyleg komne med i dei regionale partnerskapa, og på sett og vis i startgropa når det gjeld partnerskapsarbeidet lokalt. Desse kommunane har ikkje avgjort om det skal etablerast lokale partnerskap med formelle, forpliktande partnerskapsavtalar. Men hovudinstrykket er at det i liten grad er aktuelt å opprette partnerskap med formelle, skriftlege avtalar med utvalde partnarar. Ein lokal folkehelsekoordinator kommenterer spørsmålet om etablering av lokale partnerskap slik: *”I en knapp ressursituasjon skal vi ikke bruke tid på å formalisere og byråkratisere det frivillige.”*

Somme kommunar har avtalar eller vil opprette avtalar med enkeltorganisasjonar, i tilknytning til konkrete prosjekt. Nokre kommunar har, eller vurderer å etablere slike avtalar med etatar i kommuneorganisasjonen, for å fremje tverrfagleg samarbeid.

Det er viktig at vi ikke skal bruke frivilligheten bare til å spare penger på kommunale oppgaver. Men samtidig må vi som kommune på en eller annen måte signalisere til frivilligheten hva det er vi trenger, slik at de har mulighet til å bidra også der vi trenger det (folkehelsekoordinator i kommune).

### **Kva er partnerskap?**

Mange kommunar famlar med tanke på korleis dei skal organisere og gå fram i folkehelsearbeidet. Kva deltaking i regionale partnerskap inneber for kommunane, og kva det har å seie for eventuelle lokale partnerskap, er dei usikre på. Det har kommunane også gitt uttrykk for overfor fylket.

Det har vært mange telefoner fram og tilbake for kommunene før de forstår hva dette handler om (folkehelsekoordinator i eit fylke).

Folkehelsekoordinatorar og andre i kommunane stadfestar sjølve at partnerskapstenkinga kan vere vanskeleg å forstå:

Vi synes partnerskapsmodellen er vanskelig å forstå. Vi synes det er mye struktur og lite innhold. Men det er nok den politiske metoden å



jobbe på, å telle, og dermed kunne huke av listen at dette er gjennomført (folkehelsekoordinator i kommune).

Ein frivillig aktør i eit lokalt samarbeid seier følgjande på spørsmålet om kommunen si deltaking i den regionale partnerskapen har hatt betydning for samarbeidet med kommunen:

På en måte har det ikke hatt noen betydning. Vi og kommunen har hatt et godt samarbeid, og vi har vært gjensidig opptatt av å ha et slikt samarbeid. Vi får mye igjen for å samarbeide og setter stor pris på det. Mange tiltak har helt klart blitt gjennomført uansett. Men fra tidligere har vi sett at tiltak har strandet pga manglende økonomi. I dette tilfellet opplever vi at fordi fylke og kommune er med i partnerskap for folkehelse, så har det gitt økonomisk grunnlag for å bruke bla kompetansen som vi sitter med (representant frå frivillig organisasjon lokalt).

Midlane frå fylkeskommunen, mellom anna som følgje av deltaking i regionalt partnerskap, vert opplevd som avgjerande for å få i gang arbeidet. Deltaking i den regionale partnerskapen har ført til større fokus på folkehelse på systemnivå i kommunane.

### **Partnerskap – differensiere mellom ulike aktørar**

Når det gjeld eventuelle lokale partnerskap, kan dei oppfattast som føremålstenlege for store og meir profesjonelle organisasjonar. Medan formelle, skriftlege avtalar kan verke skremmande på små organisasjonar i eit samarbeid:

Tror for de mindre organisasjonene kan det være viktig å fortsette som i dag, med mindre formelle avtaler. Der de kommunale forpliktelsene ikke er så store, er det ikke så viktig å ha veldig omfattende avtaler heller (folkehelsekoordinator i kommune).

Lokale folkehelsekoordinatorar meiner at det formelle, som ligg i ein partnerskap, kan medverke til betre forankring av folkehelsearbeidet, men dei formidlar samstundes at slike måtar å arbeide på ikkje passar like godt for alle typar organisasjonar.

Vi må sette oss ned og tenke ”hva legger vi i et partnerskap? Vi tenker forpliktelse og gevinst for alle deltakende parter. Da har vi en jobb å gjøre, for hva er gevinsten for frivillige lag og organisasjoner av å gå i dialog med et byråkrati? Vi har en demokratisk beslutningsprosess å ta

hensyn til, derfor kommer vi alltid sist over streken. Sendrektige. Det er demokratiets struktur (folkehelsekoordinator i kommune).

Med andre ord ser det ut til at ei form for differensiering mellom deltakarar i partnerskapa også kan kome på tale i etablering av lokale partnerskap, på same måten som nokre folkehelsekoordinatorar i fylka har vurdert det.

### **Erfaring med partnerskap**

I og med at kommunane i liten grad har oppretta formelle, gjensidig forpliktande partnerskap på tvers av sektorar (offentleg og frivillig) er det, så langt, lite erfaring å formidle når det gjeld lokale partnerskap som verktøy. Det er likevel ikkje tvil om at fokus og satsinga på samarbeid, både innanfor kommuneorganisasjonen og mellom offentleg sektor og frivillig sektor, på sett og vis er eit resultat av partnerskapsidear, men altså utan at det i nokon særleg grad er nedfelt i formelle partnerskap.

Sjølv om få kommunar kan vise til partnerskapsavtalar, kan dei ha tru på partnerskap som metode:

Veldig tro på det. Fordi det er mange gode og kreative ideer i offentlig sektor som ikke kan settes ut i livet på grunn av manglende ressurser, og det er frivillige organisasjonar som har både interesse, kapasitet og overskudd til å engasjere seg i flere ting. Det gir en faglig og kulturell gevinst og det kan øke identiteten til innbyggerne gjennom samarbeid mellom frivillig og offentlig sektor (folkehelsekoordinator i kommune).

I folkehelsearbeidet, både regionalt og lokalt, har det vore relativt mykje arbeid med modellutvikling, på korleis arbeidet med folkehelse kan eller bør leggest til rette. Fylkeskommunen og fylkesmannen, som koordinatorar av dei regionale partnerskapa og støttespelar for kommunane, har også lagt mykje vekt på metode og modellutvikling. Dei fleste folkehelsekoordinatorane i kommunane ser det som sentralt i folkehelsearbeidet. Men dei meiner samstundes det kan vere ein fare for at ein vert for opptekne av modellar og har for lite fokus på lokal tilpassing av arbeidet: ”*Bør ikke bruke så mye ressurser på modellutvikling. La heller det unike kommunale preget få vokse.*”

### **4.3.3 Frivillige organisasjonar si rolle i det lokale folkehelsearbeidet**

Sjølv om det i liten grad er snakk om formelle partnerskap lokalt, i den meininga som oftast vert lagt i omgrepet, foregår det som nemnt mykje

samarbeid mellom frivillige organisasjonar og kommunen.

Folkehelsekoordinatorane lokalt er samstemte i oppfatninga om at:

*”Frivillige organisasjoner er helt sentrale i folkehelsearbeidet. Ved siden av å ha god kompetanse, så er de en grasrotbevegelse.”* Rolla til dei frivillige organisasjonane er mellom anna er å gjennomføre konkrete tiltak og aktivitetar. Ein folkehelsekoordinator seier følgjande om kommunen si rolle når det gjeld tiltakssida:

Det er ikke nødvendigvis slik at vi skal sette i gang med en rekke aktiviteter – for det fins tilbud. Vi i kommunen setter ikke i gang med en mengde ting bare for å vise at vi har gjort ett eller annet.

Eit viktig moment knytt til frivillige organisasjonar si rolle i det lokale folkehelsearbeidet, er at tiltak og prioriteringar ikkje utelukkande må ta utgangspunkt i behov det offentlege har for støtte og hjelp til å gjennomføre aktivitetar eller setje i verk kommunale tiltak. Poenget med partnerskap og liknande samarbeid, er ikkje at kommunen skal kjøpe tenester av frivillige organisasjonar, men at dei i fellesskap med frivillig sektor skal kome fram til målsetjingar som er viktige for ulike sider av folkehelsearbeidet. For å kome fram til felles målsetjingar, er dialog ein god start:

I begynnelsen gjorde jeg det jeg ikke burde gjøre. Jeg satt og sendte ut masse brev til lag og organisasjoner. Fikk jo ingen tilbakemeldingar, og det burde jeg jo ha visst. Men så begynte jeg å ringe, og fikk da en helt annen respons med en gang – helt annen dialog. Da er vi inne på kommunikatív planlegging (folkehelsekoordinator i kommune).

Samarbeidet mellom kommunen og dei frivillige organisasjonane har vore sentralt i kommunane også før denne spesifikke folkehelsesatsinga. Men for ein del kommunar har samarbeidet vorte meir omfattande no. Både kommunen og dei frivillige organisasjonane er vortne meir bevisste på at samarbeidet er viktig i folkehelsesamanheng. Ikkje minst opplever ein del frivillige organisasjonar større anerkjenning for deira rolle i folkehelsearbeidet.

#### **4.3.4 Folkehelse tema og målgrupper**

Tema for folkearbeidet, både regionalt og lokalt, er for det meste valde med utgangspunkt i dei nasjonale føringane. Få kommunar har valt tema som tek utgangspunkt i kartlegging av status for kva som er spesifikke

utfordringar i kommunen. Døme på kva som ligg til grunn for satsingsområda i kommunar er:

- Nasjonale føringar
- Same tema som fylket (den regionale partnerskapen)
- Fagkunnskap i kommunen
- Ønsket om å gå bort frå diagnosetenking og heller arbeide med årsakene bak
- ”Det berre vart slik”

Det siste punktet viser til at ein del kommunar ikkje reflekterer over i kva grad satsingsområda dekker behov i kommunen. Kartlegging av status, som også er relevant for Helse i plan, kan vere føremålstenleg utgangspunkt for folkehelsearbeidet i kommunane, men er altså gjort i liten grad. Elles er det, som nemnt tidlegare, mange som stiller spørsmål ved om breidda i tema, som er valde for folkehelsearbeidet, er for stor.

#### **4.3.5 Konkret arbeid med folkehelse**

I det lokale folkehelsearbeidet kan det visast til svært mange konkrete tiltak og aktivitetar knytte til ulike tema. Det er liten tvil om at folkehelsesatsinga har initiert aktivitet, utan at det kan seiast å vere resultat av partnerskapsarbeid som metode. Fokus på folkehelse og at samarbeid mellom ulike aktørar spelar ei viktig rolle, ligg i alle fall til grunn. I arbeidet med denne rapporten har vi ikkje hatt rom for å systematisere eller analysere konkrete tiltak og aktivitetar. Men vi vil framheve at folkehelsekoordinatorane og ein del av representantane frå lag og organisasjonar mellom anna nemner at det ser ut til at har blitt endå meir fokus på lavterskel aktivitet.

#### **4.3.6 Fylket si rolle overfor kommunane**

Erfaringane med fylket si rolle, ser til ein viss grad ut til å samanheng med kor langt kommunane er komne i folkehelsearbeidet. Kommunar som kan oppfattast å ha kome langt, som har fått på plass eit apparat og er relativt godt i gang med folkehelsearbeidet, har andre behov enn kommunar som er i startfasen. Det kan sjå ut til at fylkesnivået har meir å tilføre kommunar i startfasen enn dei har overfor kommunar som er komne lenger og vil eit steg vidare. Men det er sjølvsagt også eit sentralt spørsmål kva rolle fylket skal spele overfor kommunane, og kva forventningar kommunane bør eller kan ha når det gjeld oppfølging frå fylket.

Koplinga mellom prioriterte folkehelse tema i dei regionale partnerskapa og folkehelse tema lokalt er relativt tydeleg. Det er sikkert fleire grunnar til dette, men ein grunn er at kommunane må velje eitt eller fleire av desse folkehelse tema for å vere med i den regionale partnerskapen og få midlar. Sjølv om det vert stilt vilkår for kommunane si deltaking i ein regional partnerskap, er det ikkje alle som erfarer har fylkeskommunen som koordinator av partnerskapa følgjer opp kommunane:

Vi ser ikke at det er noe ris bak speilet eller systematisk oppfølging fra fylkeskommunen. Tidligere hadde fylkeskommunen en runde til alle kommunene, der vi hadde er uformell, men viktig samtale. Det ble gitt nødvendig informasjon og gjennomgang av folkehelsearbeidet. Det var et ønske at ordfører og /eller rådmann møtte på møtene. Gjennom dette ble nok avtalen med levende og forpliktende for rådmann. Jeg savner dette tiltaket og opplevde denne oppfølginga som positiv (folkehelsekoordinator i kommune).

Denne informanten, og andre, formidlar eit ønske om at trykket frå fylkesnivået var større, og at det vert halde oppe til situasjonen og arbeidet med folkehelse er meir på plass i kommunane.

Fylka arrangerer med jamne mellomrom nettverksamlingar for folkehelsekoordinatorane i kommunane, og erfaringane med desse er for det meste positive:

Det nettverket som fylket har laget for folkehelsekoordinatorane er uvurderlig, for å gi faglig tyngde og styrke til å stå i jobben. Fylket har vært viktige. Det står på og er synlige. De har vært inspirator og gitt et faglig nettverk. Det har bidratt til å gi arbeidet status (folkehelsekoordinator i kommune).

Kommunikasjonen med fylket har vært veldig bra på den måten at de er fleksible og ydmyke. For dette er jo relativt nytt for de også på et vis. Så de tar også veldig gjerne i mot tips og råd frå oss der ute (folkehelsekoordinator i kommune).

Folkehelsekoordinatorar lokalt er i stor grad tilfredse med arbeidet som fylket gjer, men på same tid vert det formidla andre erfaringar, som mellom anna er knytte til oppleving av for mykje styring frå fylket si side:

Det er jo veldig lett for oss i kommunene med de samlingene. Men en del av samlingene har for dårlig faglig innhold. Hele tiden basert på at vi skal komme med erfaringene våre, men vi kommer oss ikke videre med det. Fylket vil jo gjerne påpeke at de er en regional utviklingsaktør, men da må de være med på å gi oss det vi trenger for å utvikle oss (folkehelsekoordinator i kommune).

Av og til synes jeg fylket er en bremsekloss for oss. For vi i kommunen har en fremdrift og ser muligheter, men så må vi av og til stoppe opp for det er de som vil styre det... vi savner faktisk å utvikle oss (folkehelsekoordinator i kommune).

Fleire folkehelsekoordinatorar lokalt meiner at ein større del av stimuleringsmidlane bør ut til kommunane, og ikkje bli verande i fylket og eventuelt dei regionale partnarskapa.

Vi synes 50 000 er puslete til folkehelsearbeid i kommunene. Dette arbeidet bør kanaliseres til lokale forhold. Det er ute i kommunene det skjer, og det er her folk bor og lever (folkehelsekoordinator i kommune).

Veldig mye blir liggende igjen i mellomleddet, altså hos fylket, til å opprette stillinger blant annet. Så blir det lite igjen til aktivitetsmidler til kommunene. Dette er en kritisk og konstruktiv melding om fylket sin rolle (folkehelsekoordinator i kommune).

Somme regionale partnarskap har etablert ressursgrupper knytte til ulike folkehelse tema (ernæring, fysisk aktivitet osv), andre er i ferd med å etablere disse. Kva som skal vere ressursgruppene sin funksjon og kven som er målgruppe, er i nokre tilfelle uklart for folkehelsekoordinatorane lokalt.

Folkehelsekoordinatorane lokalt har også synspunkt på Helsedirektoratet sitt arbeid, både overfor fylka og kommunane:

Er veldig redd direktoratet ikke holder trykket opp på dette, selv om målet er at folkehelse skal tas i vare på linja, så må det vere trykk ovenfra.

## Kapittel 5 Helse i plan

### 5.1 Innleiing

Nordland, Møre og Romsdal, Østfold, Oppland, Vestfold, Akershus, Vest-Agder og Aust-Agder er med i Helse i plan, elles er det om lag 30 kommunar som er med.<sup>6</sup> I desse fylka er arbeidet med Helse i plan i stor grad innlemma i arbeidet med Partnerskap for folkehelse og folkehelse meir generelt. Nokre fylke har Helse i plan som eitt av fleire utvalde tema i partnerskapsarbeidet. Såleis er integrasjonen mellom dei to verkemidla stor.

Kvart av dei åtte fylka får kroner 100 000 frå Helsedirektoratet i samband med Helse i plan.. Det er altså avgrensa ressursar til disposisjon for arbeidet, såleis forventningane når det gjeld resultat og kor langt fylke og kommunar er komne i prosessen, vurderast i lys av det. Fylka bestemmer sjølve korleis dei nyttar desse midlane, og om og eventuelt kor mykje som går til kommunane som er med. I dei fire fylka vi har studert (jf kp 3), har eitt fylke delt ut eit mindre beløp til kommunane (kr 15 000), eitt anna fylke slår saman alle folkehelsemidlane, og har såleis ikkje oversikt over korleis midlane til Helse i plan fordeler seg på kommunane. Eitt fylke er ikkje klar over at dei får midlar øyremerkte Helse i plan, og det siste fylke brukar midlane til tiltak overfor alle kommunane, også dei som ikkje er med i Helse i plan.

For å seie noko om i kva grad fylke og kommunar, så langt, oppfyller hovudmåla for prosjektet Helse i plan, har vi i evalueringa undersøkt korleis fylke og kommunar

- arbeider med å auke plan- og prosesskompetanse i helsesektoren
- forankrar ulike folkehelseiltak i organisasjonen
- brukar plan- og bygningslova som verktøy i dette arbeidet

I evalueringa er desse sidene studerte både gjennom ei kvantitativ breiddeundersøking, gjennomført av NIBR, og Møreforskning sine kvalitative intervju. NIBR sin studie viser korleis Helse i plan formelt er forankra i kommuneorganisasjonane, kven som involvert i arbeidet, og

---

<sup>6</sup> Sjølv om det ”formelt” er desse åtte fylka og 30 kommunar som vert omtala som Helse i plan –fylke og kommunar, er det langt fleire fylke og kommunar og som arbeider med helse i planlegginga, eller folkehelse i planlegginga, som nokre kallar det.

kva modellar kommunane har valt for arbeidet (Hofstad mfl 2008). Vi vil utdjupe biletet som kjem fram i NIBR si undersøking.

Først fokuserer vi på motivasjon kommunane har for å vere med i prosjektet Helse i plan, kva dei tenkjer om faktisk forankring og organisering av folkehelsearbeidet i eigen organisasjon, og på kva måte dei utvekslar helse- og plankompetanse på tvers av sektorane. Vi kjem også inn på bruk av Plan- og bygningslova som verktøy i folkehelsearbeidet. Vidare ser vi på kva motivasjon og grunnlag fylke og kommunar har for å velje tema og målgrupper for folkehelsearbeidet. Som eit ledd i å vurdere kor langt fylke og kommunar opplever at dei er komne i arbeidet med å styrke folkehelsearbeidet gjennom deltaking i Helse i plan, trekker vi fram noko av det dei sjølve vurderer som effektane så langt.

Til sist i kapittelet peikar vi på det som ser ut til å vere dei største utfordringane for dei ulike forvaltningsnivåa i arbeidet med Helse i plan.

## **5.2 Organisering og forankring i fylke og kommunar**

### **5.2.1 Motivasjon for å delta**

Kommunar og fylke har ulike motivasjonar for å delta i Helse i plan. Nokre fylke og kommunar har det til felles at det har vore fokus på folkehelse og planlegging gjennom fleire år, og ser på deltaking i prosjektet som draghjelp til å kome vidare.

Eitt av fylka er med fordi eit par av kommunane i lang tid har drive utviklingsarbeid knytt til folkehelse- og planlegging. Kommunane vart kontakta direkte av Helsedirektoratet om deltaking, og fylket kom på ein måte med ”via bakvegen”. Fylket var i utgangspunktet ikkje motivert for å vere med, fordi dei følte at fylket hadde hatt fokus på dette lenge, og at det ikkje var trong for eit eige prosjekt for å jobbe vidare med dette.

Eit par av dei andre fylka, var motiverte fordi dei lenge har arbeidd godt på tvers av fagretningane for å sikre at helseperspektivet er ivaretatt på alle felt. Dette skjedde også lenge før Helse i plan dukka opp som omgrep. Dei såg likevel at fylket som deltakar i Helse i plan, kunne få hjelp til å halde fokus på arbeidet.



Enkelte kommunar har god erfaring frå deltaking i andre, relevante nettverk.<sup>7</sup> Gjennom deltaking i desse nettverka, har dei erfart at det kan vere ein høveleg måte å jobbe på. Trass i langvarig og godt arbeid i kommunane, er det fleire som føler dei treng hjelp til å omsette ”prat” til ”praksis”.

Andre har vore svært motiverte for deltaking fordi dei føler at det kommunale plansystemet manglar kontakt inn mot helsefaget, og at den manglande kontakten medverkar til kvalitativt svake helsefaglege vurderingar i planarbeidet. Dei har ”synsa” på eit viktig felt planleggarane tradisjonelt ikkje har kompetanse på.

Enkelte kommunar uttrykker ikkje nokon sterk motivasjon for å vere med, og reflekterte heller ikkje over behovet. Dei kommunane som ikkje har hatt noko sterkt forhold til tema, har takka ja til ein invitasjon frå fylket, meir eller mindre medvite om kva dette inneber.

Kommunar, som anten har vore inne i liknande arbeid over lang tid, eller har følt eit sterk behov for å samordne plan- og helsefeltet, har kome med i prosjektet, anten ved sjølv å ta kontakt om deltaking, eller ved å ha vore raske til å takke ja til invitasjonen frå fylket.

Det er grunn til å anta at kommunar med så ulike utgangspunkt for deltaking i prosjektet, tenkjer ulikt om prosessen dei er inne i.

### **5.2.2 Forankring i administrative og politiske strukturar**

Hovudfokus for dei neste punkta, er å sjå korleis fylke og kommunar arbeider med Helse i plan i praksis, kanskje i motsetnad til korleis det ser ut til å vere formalisert i planar og strukturar. Vi gjer dette ut frå ei oppfatning av at til dømes formell forankring av folkehelse tema i planverket (jf data frå NIBR sin studie), ikkje utan vidare er det same som at desse tema er forankra i det daglege arbeidet (i praksis). Helse i plan er eit metodeutviklingsprosjekt. Endring av planverk og planleggingspraksis, og forankring av dette i organisasjonane, er ”langsamt” arbeid. Trass i at enkelte fylke og kommunar har arbeidd med dette ei stund, er det nytt for dei fleste å sette arbeidet inn i ein type rammer som Helse i plan representerer. Det kan difor ikkje ventast at Helse i plan, så langt, har sett spor svært langt ned i organisasjonane og i handlingsplanar.

---

<sup>7</sup> Til dømes gjennom deltaking i Nettverk for helse- og miljøkommunar.

## **I fylka**

Fylke, som er med i studien, har svært varierende opplevingar av forankring og engasjement i eigen organisasjon. Dei opplever alt frå god støtte i teorien, men lite innsikt på leiarnivå, til brei politisk støtte, og forankring hos politikarar, som gir uttrykk for at førebyggjande arbeid er viktig. Vi ser at fylke som har oppnådd høg legitimitet i folkehelsearbeidet, både administrativt og politisk, og har god tverrfagleg forankring. Desse fylka har også løyst ut fylkeskommunale midlar til å styrke den faglege staben kraftig. På den andre sida fortel informantar på fylkesnivå at det tverrfaglege samarbeidet ikkje fungerer etter føremålet, og at planleggarane er inviterte meir som ”alibi”, enn for å bidra substansielt i folkehelsearbeidet. Dei fortel samtidig at det manglar engasjement og kompetanse for tverrfagleg arbeid på leiarnivå.

Generelt ser det ut til at forankringa er størst på administrativ side, medan det manglar ein del når det gjeld engasjement og kompetanse hos politikarane. Med tanke på politisk forankring, kjem vi tilbake til det når vi ser på faktisk organisering av folkehelsearbeidet i neste avsnitt.

## **I kommunane**

Initiativet til å delta i Helse i plan, ser for kommunane sin del ut til å kome frå administrativt hald, i mindre grad frå politisk side.

NIBR si undersøking blant folkehelsekoordinatorar og planleggarar, viser at høvesvis 62,2 % og 71,3 % av dei tilsette i kommunar, som er med i Helse i plan, opplyser at dei har oppretta tverrfaglege samarbeidsgrupper på folkehelseområdet (Hofstad mfl 2008:19). For kommunar som ikkje er med i Helse i plan, er dei tilsvarande tala 47 % og 45,3 %. Dersom tverrfaglege arbeidsgrupper vert oppfatta som eit godt tiltak for å forankre folkehelsearbeidet i kommuneorganisasjonen, bør ein vere nøgd med desse tala. Det er langt fleire Helse i plan-kommunar som har slike grupper, enn dei som ikkje er med i Helse i plan. Likevel kan ein stille spørsmål ved om det at slike arbeidsgrupper formelt er oppretta, er det same som at dei fungerer i praksis. Det første interessante med desse tala, er at det skiljer i overkant av 10 prosentpoeng mellom koordinatorar og planleggarar på spørsmålet om kommunen har tverrfaglege samarbeidsgrupper eller ikkje. Det i seg sjølv kan tyde på at arbeidet med å sameine folkehelse og planlegging, ikkje er like godt kjent (forankra) i alle deler av organisasjonen.

Det andre interessante med desse tala, er at kommunane vi har vore i kontakt med, ikkje eintydig er nøgde med korleis dei tverrfaglege gruppene fungerer, særleg med tanke på å forankre folkehelse i organisasjonen i praksis. Deltakarar i arbeidsgruppene er ofte henta frå leiarnivå i kommunen, medan det faktiske arbeidet vert utført på mellomleiarnivå i etatar/einingar. Støtte frå øvste hald, både politisk og administrativt, vert vurdert som avgjerande for at tverrfagleg arbeid i skjeringpunktet mellom helse og plan, skal ha legitimitet. Men det må ikkje stoppe der. Fleire kommunar meiner at forankringa av folkehelsearbeidet er svakast på mellomleiarnivå, og at folkehelseperspektivet ikkje vert formidla vidare slik at det vert ein "ryggmergsrefleks" hos alle tilsette. Dei som slit med å forankre arbeidet på mellomleiarnivå, opplever at engasjementet og i kva grad dei lukkast med å sameine plan- og helseperspektiva, i stor grad er personavhengig. Organisasjonen er ekstra sårbar, dersom folkehelseperspektivet ikkje er nedfelt i strukturar og rutine, og kommunen samtidig opplever stadig utskifting av tilsette. Dette er tilfellet, både fylke og kommunar, i dag.

Ei gruppe som ser ut til å vere lite involvert, er kommunelegane. Trass i at dei har ei nøkkelrolle i det førebyggjande folkehelsearbeidet, har ein ikkje greidd og/eller prøvd å få dei med i nokon særleg grad. I eitt av fylka er kommunelegane i ein region organisert i eit regionsamarbeid, der mange av kommunelegen sine oppgåver er lagde til eit helse- og miljøtilsyn. Primær oppgåva er å drive sakshandsaming for kommunelegen innanfor Kommunehelselova, og nokre andre lover og forskrifter. Eitt av hovudmåla deira, er å motivere kommunane til å bruke kommunelegane aktivt, så tidleg i planprosessane som mogleg. Tilsynet erfarer at det kjem tydeleg fram om plandokumenta er utarbeidde av helsefagleg eller planfagleg tilsette, og at det i begge tilfelle resulterer i mangelfulle planforslag. Noko som kanskje kunne vore unngått ved meir utveksling av kompetanse på tvers. Dette fører til at sakene må på ein ny runde i kommunen. (Kommunane i regionsamarbeidet, representerte ved dette helse- og miljøtilsynet, prøvde å kome med i Helse i plan, men lukkast ikkje med det.)

Nokre kommunar prøver å løyse utfordringane på mellomleiarnivå ved å gå rundar med einingsleirane i alle sektorar. Dei set fokus på saka ved å kartlegge på kva måte den enkelte kan bidra i arbeidet, og korleis dei vurderer si eiga rolle i skjeringpunktet mellom planlegging og folkehelse. Andre held tverrfaglege kurs for administrativt tilsette i alle

sektorar, for å legge til rette for felles kunnskapsgrunnlag som utgangspunkt for samarbeid.

Sjølv om 60-70 % av kommunane har oppretta tverrfaglege samarbeidsgrupper, fortel fleire folkehelsekoordinatorar at oppmøtet til desse gruppene varierer mykje. I enkelte kommunar er det skuleavdelinga som ikkje møter like trufast som andre. I andre kommunar er kulturavdelinga ein mindre stabil deltakar. Det er altså ikkje tilstrekkelig å vise til formelle strukturar for at tverrfaglege samarbeidsgrupper skal medverke til god forankring. Vi skal no sjå nærare på korleis fylke og kommunar organiserer folkehelsearbeidet i praksis.

Både politikarar og administrasjon har opparbeidd medvit om folkehelsearbeidet, men det manglar mykje på at dei tverrfaglege perspektiva vert brukte i det daglege. Det er i tråd med det ein kan forvente av prosjektet i dag. Utfordringa framover er å styrke forankringa på alle nivå, politisk og administrativt.

#### **Faktorar kommunane meiner er viktige for å forankre folkehelsearbeidet <sup>8</sup>**

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

### **5.2.3 Organisering politisk og administrativt**

#### **Forholdet mellom politikarar og administrasjon**

Ved å sjå data frå NIBR si undersøking og djupnestudien i fylke og kommunar i samanheng, har vi oppdaga at det finst kommunar og fylke som har avvik mellom dei *formelt* nedfelte organisasjonsstrukturane, og dei *reelle*. Dette gjeld til dømes i kva grad politikarane er involverte i arbeidet med Helse i plan, og om forholdet mellom administrasjon og politikk følgjer formelle styringslinjer.

---

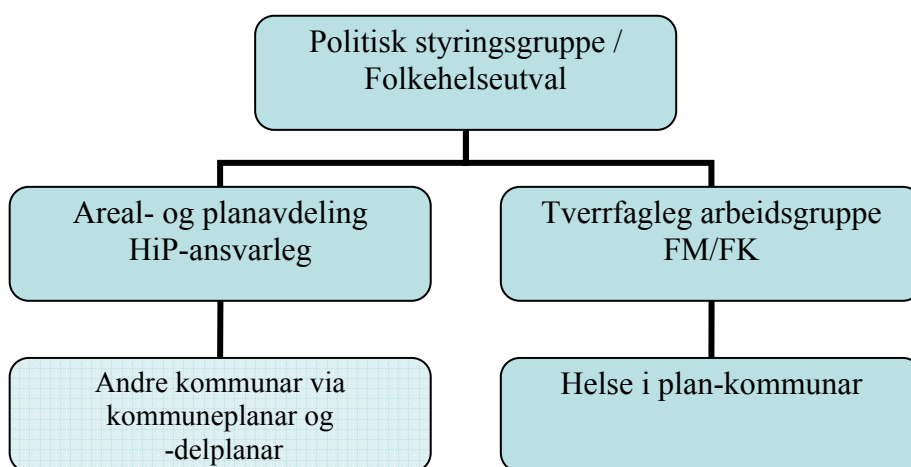
<sup>8</sup> Dette er syn som både administrativt tilsette og politikarar støttar.

Ved hjelp av figurane 1 til 4 prøver vi å illustrere korleis dei ulike aktørane faktisk er involverte i prosjektet Helse i plan. Illustrasjonane er våre tolkingar av relasjonane mellom ulike administrative og politiske einingar, og er ikkje eit uttrykk for formelle strukturar i organisasjonane. Vi har heller ikkje teke med alle aktørar og relasjonar som er involverte i folkehelsearbeidet, men dei som synest relevante for å belyse viktige poeng. Vi har teke utgangspunkt i organiseringa slik vi ser ho, hos to kommunar og to fylke i utvalet.

Vi prøver på denne måten også å utdjupe noko av det som kan ligge bak svara folkehelsekoordinatorane har gitt i NIBR si undersøking. Gjennom intervjuar har vi kunne stille spørsmål som i større grad kan belyse i kva grad det er oppnådd involvering i praksis.

### I fylka

Fylka er organiserte på ulike måtar, men jamt over ser det ut til at fylkesmenn og fylkeskommunar samarbeider tett på området, sjølv om formaliseringsgraden varierer. I det første dømet, er den politiske styringsgruppa for folkehelsearbeidet vurdert som overordna instans.



**Figur 1 Døme på fylkeskommunal organisering av Helse i planarbeidet**

Den politiske styringsgruppa, i dette tilfellet kalla Folkehelseutvalet, består av representantar frå Idrettskretsen, FFO, KS, det regionale helseføretaket, LO og NHO, i tillegg politikarar og administrativt tilsette

i fylkeskommunen. Politikerane er i overtal i utvalet. Utvalet si rolle er noko uklar, men areal- og planavdelinga, inkludert den som er ansvarleg for Helse i plan, oppfattar synspunkta til utvalet som sterke styringssignal.

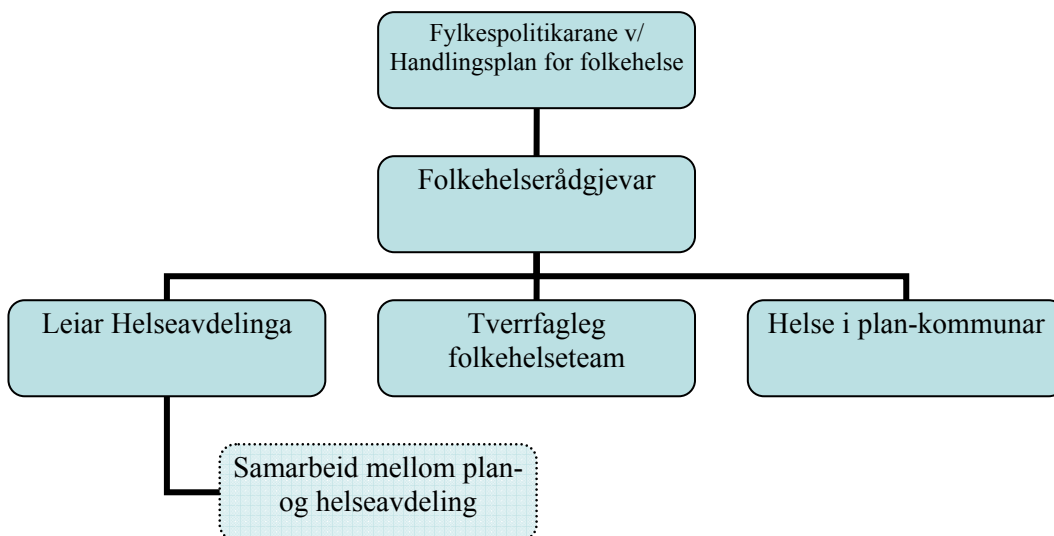
I den tverrfaglege arbeidsgruppa, sit representantar frå fylkeskommunen si areal- og miljøavdeling, kulturavdelinga, utdanningsavdelinga og fylkesmannen si helseavdeling. Av desse er utdanningsavdelinga svakast involvert. Arbeidsgruppa har møte annakvar veke, og har ansvar for aktiviteten overfor kommunar som er med i Helse i plan.

Fylkeskommunen legg vekt på at dei har god dialog også med dei andre kommunane, mellom anna gjennom areal- og planavdelinga si behandling av kommuneplanar og kommunedelplanar. Men dei har naturleg nok tettare kontakt med Helse i plan-kommunane.

Den tverrfaglege arbeidsgruppa har ikkje noko med det formelle planarbeid å gjere. Det arbeidet ligg til areal- og planavdelinga. Den som er ansvarleg for Helse i plan deltek heller ikkje i formell behandling av plansaker, trass i at vedkomande fysisk er plassert i denne avdelinga.

**Styrken** med denne organiseringa kan ligge i at arbeidet med Helse i plan er godt forankra i Folkehelseutvalet, sjølv om utvalet si rolle ikkje er heilt klar for oss. Administrasjonen føler at Folkehelseutvalet gir dei eit mandat å arbeide etter. Manglande koordinering mellom dei som behandlar plansakene formelt, og dei som arbeider med Helse i plan i fylket, er ei klar **svak side** ved denne organiseringa. Den som har ansvar for Helse i plan sit fysisk i same avdelinga som saksbehandlarane, men er ikkje med i behandlinga. I tillegg er helsekompetanse representert i den tverrfaglege arbeidsgruppa, men plansaker som vert oversendt helseavdelinga vert i liten grad gjennomgått der. Utdanningsavdelinga er også representert i arbeidsgruppa, men møter sjeldan. Dette tyder på at den formelle organiseringa ikkje er sterk nok til at tilsette og/eller leiarar på alle fagfelt prioriterer dette arbeidet. Andre fylke, som har arbeidd hardt for å forankre folkehelseperspektiv i utdanningsavdelingane, har lukkast med det gjennom arbeid med konkrete tiltak, til dømes i vidaregåande skule.

Den neste illustrasjonen (**Feil! Fant ikke referansekilden.**) er henta frå eit anna fylke i utvalet, og har nokre trekk som er lik Figur 1 når det gjeld politisk forankring.



**Figur 2 Døme på fylkeskommunal organisering av Helse i planarbeidet**

I dette fylket tek folkehelserådgjevaren utgangspunkt i fylkeskommunen sin Handlingsplanen for folkehelse. Politikarane har lagt ned mykje engasjement i planen. Samstundes har dei vist politisk vilje til å satse på folkehelse gjennom å auke løyvingane til fagstillingar innanfor feltet. Det er tydeleg at fylkespolitikarane tek styringsansvaret sitt på alvor når det gjeld folkehelse. Folkehelserådgjevaren har stor tillit til fylkespolitikarane, og oppfattar handlingsplanen som mandat for arbeidet i fylket.

Leiaren i helseavdelinga er svært engasjert i arbeidet, og kunne kanskje vore plassert mellom folkehelserådgjevaren og det tverrfaglege teamet (jf figur 2). Leiaren i helseavdelinga ønskjer, og har planar om, å opprette eit samarbeid mellom helseavdelinga og planavdelinga, men dette er ikkje realisert i dag.

Alle avdelingar i fylkeskommunen deltek i det tverrfaglege folkehelseteamet, men kultursektoren er minst involvert i arbeidet. På avdelingsnivå er dei einige om å definere generelt kulturarbeid utanfor folkehelsearbeidet. Utdanningsavdelinga er heller ikkje godt nok involvert i folkehelseteamet, som møtest om lag fire gonger i året.

**Styrken** i denne organiseringa (jf figur 2) ser ut til å vere at politiske organ både har engasjement og politisk vilje til å satse på folkehelse. Det

har dei gjort på ein måte som gjer at administrasjonen festar lit til vedtaka deira, og vurderer fylkespolitikarane sin handlingsplan for folkehelse som eit godt arbeidsdokument. Administrasjonen oppfattar den gode forankringa hos politikarane som eit resultat av iherdig innsats over fleire år.

På den andre sida, ser vi at det er **lite utveksling** av plankompetanse og helsekompetanse. Det er ikkje oppretta ein formell arena der fagfolk frå begge fagområda kan møtest. Unntaket er det tverrfaglege folkehelseteamet, men dei møter kvarandre fire gonger i året, noko som er annleis enn å jobbe tverrfagleg i det daglege. Kanskje kunne **Folkehelseteamet** vore den arenaen som helseavdelinga ønskjer seg, slik at det praktiske samarbeidet ikkje berre går føre seg mellom helseavdeling og planavdeling, men alle dei involverte sektorane. Det sterke engasjementet hos leiaren i helseavdelinga, i tillegg til at folkehelserådgjevarer er plassert der, kan medverke til å ”stenge ute” andre sektorar.

## **I kommunane**

Alle kommunane, som er med i studien, har tilsett ein koordinator for å ivareta den samlande funksjonen for folkehelsearbeidet i kommunen. Elles er det svært varierende korleis kommunane organiserer arbeidet, alt etter organisasjonsstrukturen i kommunen elles. I ei eller anna form, er likevel det vanlege at ein politisk fagkomité eller eit utval, ein til to gonger årleg, vert orientert om folkehelsearbeidet. På det jamne er altså folkehelsearbeidet ei administrativ sak. Nedanfor skal vi sjå korleis éin og same kommune arbeider for å auke fokus på helseperspektiv i planlegginga, gjennom to ulike grupper:

### **1. Arbeidsgruppe Helse i plan**

- Folkehelsekoordinator
- Barnerepresentant
- Helse- og omsorgssjef
- Rådgjevar i nærings saker
- Helsesøster
- To frå planavdelinga

### **2. Plangruppe**

- Folkehelsekoordinator
- Barnerepresentant
- Helse- og omsorgssjef



- Rådgjevar i næringsaker
- Teknisk sjef
- Landbrukssjef
- Kommunelege
- Skuleleiar
- Andre frå planavdelinga

I kommunen, som dømet er henta frå, låg det føre vedtak frå formannskapet om å opprette ei arbeidsgruppe for Helse i plan, men politikarane deltek ikkje i gruppa. Gruppa har i staden jamleg kontakt med forvaltningsstyret. Arbeidsgruppa møtest etter behov, og har til dels dei same deltakarane som plangruppa. Sjølv om planleggaren i kommunen opplever at dei er komne langt med det tverrfaglege arbeidet internt på kommunehuset, meiner han at det er langt igjen til avdelingane omset dette til praktisk handling.

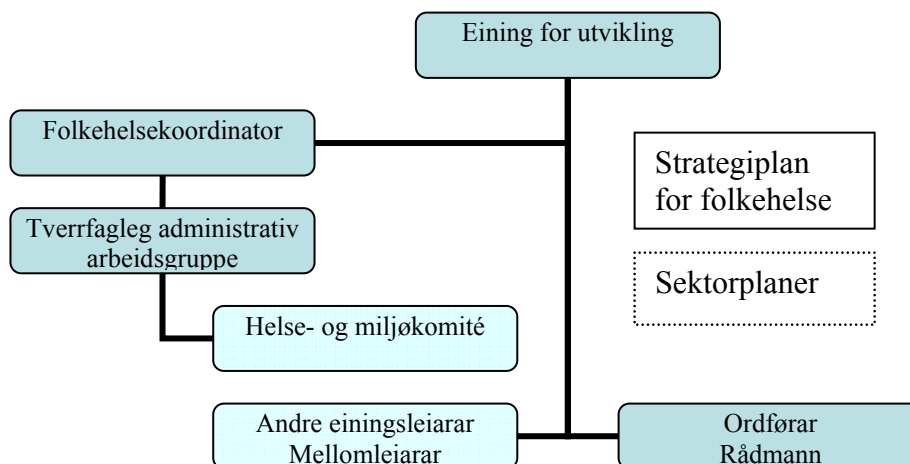
Den tverrfaglege plangruppa møtest ein gong i veka for å diskutere konkrete saker. Inntrykket frå kommunen er at gruppa fungerer reelt sektorovergripande. I denne kommunen er altså kommunelegen involvert i plangruppa på fast basis, noko som gjeld få andre kommunar i utvalet..

Kommunen har verksemdsleiarar knytte til kvar sektor. Det kan tenkast at det lettast forankringsprosessen når kvar sektor har ein klar adressat for tverrfagleg samarbeid. Andre kommunar erfarer at flat struktur i kommunen hindrar godt sektorovergripande samarbeid, fordi ansvarsstrukturen ikkje er eintydig. Ingen føler ansvar for å ta tak i folkehelseperspektivet.

Det er fleire døme på at planarbeidet no er organisert på ein måte som gjer at helseperspektivet vert ivaretatt av helsepersonell i det faktiske planarbeidet, slik som i plangruppa over. Vi veit likevel ikkje mykje om kor langt ned i organisasjonen dette vert forankra. Utsegner i intervjuet tyder på at dei tverrfaglege perspektiva ikkje vert like godt tekne vare på i det daglege.

Ein av kommunane vurderer leiarmøtet, som rådmannen held kvar veke, som ein god arena for utveksling av kompetanse. Her kan ein legge fram saker, og få innspel frå ulike sektorar og fagfelt. Sjølv om det ikkje er lagt opp som eit planforum, er det opning for å be om innspel på plansaker frå alle sektorar, også helse.

Dei to neste figurane, som gjeld kommunalt nivå, viser ikkje eit totalt bilete på kommunal organisering, men illustrerer forhold vi har registrert som viktige for det faktiske folkehelsearbeidet.



**Figur 2 Fordeling mellom administrasjon og politisk leiing i kommunalt folkehelsearbeid I**

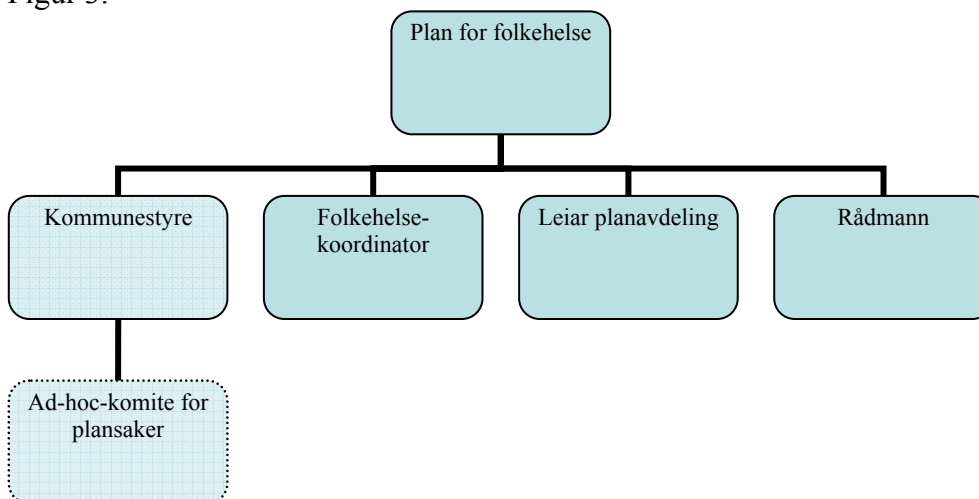
Figur 2 viser at folkehelsearbeidet er godt forankra i eining for utvikling, og i leiinga der. Figuren illustrerer også at folkehelsekoordinatoren naturleg nok er sterkt involvert, men at leiinga i eininga tek eit overordna ansvar på feltet. Kommunen har valt å opprette ei tverrfagleg arbeidsgruppe, som skal arbeide saman om det praktiske arbeidet med å forankre helsefeltet i planlegginga, og omvendt. I tillegg til folkehelsekoordinator består arbeidsgruppa av FYSAK-koordinator, helsesøster og to arealplanleggjarar. I figuren er den tverrfaglege arbeidsgruppa lagt eit nivå under folkehelsekoordinatoren; mindre involvert og mindre engasjert, både personleg og i faktisk arbeid, enn det koordinatoren er. Dei er knytte til Helse- og miljøkomiteen, men denne er svært lite involvert og engasjert. Den tverrfaglege arbeidsgruppa opplever ikkje å ha sterkt mandat frå komiteen, sjølv om gruppa formelt er rekna som øvste mynde i arbeidet. Komiteen vert oppdatert på folkehelsearbeidet to gonger i året, og det er den involveringa politikarane har i arbeidet.

Vi ser at politisk og administrativ leiing vert vurdert som sterkt involvert, sjølv om dei held seg ”på ei armlengds avstand”. Ordførar og rådmann er rekna som svært engasjerte på personleg basis, meir enn ein kunne forvente. Mellomleiarane, derimot, er mindre involverte, og saka er svakt

forankra hos dei. Mellomleiarane er sjølve lite medvitne om sine roller i folkehelsearbeidet, er trekte med i mindre grad enn dei som sit i arbeidsgruppa, og har ikkje eigarskap til Helse i plan-prosjektet.

**Konsekvensar av denne organiseringa**, er mellom andre at deltakarane i den tverrfaglege arbeidsgruppa ikkje får tilstrekkeleg støtte og/eller mandat til faktisk arbeid. Leiarane deira gir ikkje tilstrekkelig med tid til å arbeide med desse sakene, og dei føler heller ikkje noko press frå politikarane når det gjeld arbeid med helse i planlegginga. Trass i god forankring på alle nivå i utviklingseininga, og i politisk og administrativ leiing, er det vanskeleg å overføre dette til resten av kommuneorganisasjonen. Som tiltak for å motverke dette, har kommunen valt å ikkje lage ein eigen kommunedelplan for folkehelse, men ein strategiplan. Folkehelsekoordinatoren veit ikkje korleis dette valet vil verke inn på folkehelsearbeidet på sikt. Men føremålet med å legge folkehelse inn i alle sektorplanar, er at ingen skal kunne ”lene seg tilbake” og tenkje at dette ikkje er deira ansvar. Strategiplanen ligg noko på sida av einingane sitt arbeid. Folkehelsearbeidet er, som vist, heller ikkje integrert i sektorplanane.

Klarare ”kommandolinjer” finn vi i neste døme, vist under i Figur 3.



**Figur 3 Fordeling mellom administrasjon og politisk leiing i kommunalt folkehelsearbeid II**

Plan for folkehelse er det overordna styringsdokumentet. Både folkehelsekoordinator, einingsleiar på planavdelinga og rådmann støttar

seg på dette. Trass i at kommunestyret er mindre engasjert enn dei administrativt tilsette skulle ønske, føler dei at planen gir eit tydelig mandat for folkehelsearbeidet. I tillegg meiner politikarane at det er behov for ein ad-hoc-komité, som ved behov kan kome med innspel til kommuneplanleggar. Komiteen skal bestå av administrativt tilsette frå tre ulike sektorar, og kommunestyret ønskjer at dette skal vere ein arena for tverrsektoriell plandebatt.

Sjølv om politikarane ikkje er meir involvert her (jf figur 4), enn det som er tilfellet i organiseringa vist i figur 3, har politikarane gått inn for eit **plandokument som gir klare retningslinjer for administrasjonen**. Noko av forklaringa ligg i personleg engasjement blant enkeltpolitikarar på det tidspunktet planen vart utarbeidd. Sjølv om det politiske engasjementet i dag er mindre enn ønskjeleg, ligg planen fast som styringsdokument. Gjennom å opprette ein sektorovergripande ad-hoc-komité for plansaker, signaliserer politikarane at dei ikkje vil gå inn i folkehelsearbeidet i praksis, men at dette er ei sak for administrasjonen.

#### **5.2.4 Utveksling av kompetanse mellom sektorane**

Fylka er ikkje nøgde med tilstanden slik han er når det gjeld gjensidig utveksling av kompetanse mellom helse- og planfeltet. Dei har stor forståing for at kommunane ikkje får dette til:

Vi er ikkje gode på det med utveksling av kompetanse sjølve. Eg som sit med ansvar for Helse i plan her, er ikkje med til dømes i den formelle handsaminga av arealplanar i fylket (intervju fylkeskommune).

Eitt fylke har prøvd seg på kurs, der tema har vore plankonsekvensar, og å sjå nærare på korleis helse kan påverkast gjennom planarbeid. Dei tenkjer likevel at det ikkje er nok å forankre folkehelsearbeidet administrativt i alle sektorar. Politikarane må også vere med, men på kva måte dei vil løyse dette, er ikkje klart.

Kommunane erfarer at det er viktig å arbeide tverrfagleg for å auke forståing for kvarandre sine fagfelt, og for å sjå korleis til dømes helsefaget heng saman med planfaget. I NIBR si undersøking er folkehelsekoordinatorar og planleggarar spurde om kva kompetansehevingstiltak kommunen har sett i verk (Hofstad mfl 2008). Når vi har snakka med planleggarar og folkehelsekoordinatorar, stadfestar dei at nokre kommunar har rutinar for å arbeide tverrfagleg. Likevel er dei svært usikre på kor god utveksling det er mellom etatane i praksis. Kommunane famlar med å finne gode arenaer for å fremje

utveksling mellom helse- og planfolk, slik at dei vert kjende med kvarandre sin språk og kultur.

Enkelte kommunar arrangerer tverrfaglege konferansar for å auke kompetansen for fleire fagfelt samstundes. Eksempel på tema frå slike konferansar kan vere prosesskompetanse, Plan og bygningslova og kva rolle dei ulike sektorane har både i planarbeidet og i folkehelsearbeidet. Dei erfarer at det er viktig å fokusere på at kompetansen, frå alle dei ulike fagfelta, er ønskeleg og nødvendig i arbeidet med Helse i plan. Mange peikar på at det er vanskeleg å bidra på fagfelt, til dømes inn i ein planprosess, dersom ein ikkje er trygg på eigen kompetanse og ståstad, og kva ein eigentleg skal bidra med. Motsett, kan det vere vanskeleg for planleggarar å bidra på helsefeltet, dersom dei er usikre på kva deira plankompetanse ”er godt for” i ein kontekst som er annleis enn den dei kjenner. Det å gjere både planleggarar og helsearbeidarar trygge på eigen kompetanse, og på at eige fagfelt spelar ei rolle for den andre, kan vere avgjerande for at dei opnar for tverrfagleg samarbeid. Dette er ei utfordring som gjeld alle fagfelt, ikkje berre det helsefaglege, eller det planfaglege. Som vi har sett av døma over, er både utdanningsfeltet og kulturfeltet berre delvis involvert i det tverrfaglege arbeidet. Det kan vere grunn til å tru at manglande interesse kan botne i at dei ikkje ser kva nytte dei sjølve har av å delta, eller kva nytte andre partar i prosessen kan ha av deira deltaking.

Dei få kommunane som har kommunelegen med i planarbeidet, erfarer at det har styrka helsesektoren sitt engasjement generelt. Ein av kommunane vurderer det faste utvalet for plansaker, som ein arena der kommunelegen sin kompetanse kan nyttast på ein god måte.

Kommunane si erfaring er at det må opprettast nye arenaer for tverrfagleg kompetanseheving og for fagleg utveksling. Dei tradisjonelle møteplassane for høvesvis planleggarar og folkehelsearbeidarar er anten ikkje tilrettelagde for å tilfredsstille begge faggruppene, eller faggruppene trur ikkje at dei er det. Dette gjeld kanskje spesielt nasjonale arenaer som konferansar og kurs.<sup>9</sup>

---

<sup>9</sup> Eit døme på dette, var Folkehelse- og plankonferansen som mellom anna Helsedirektoratet var med å arrangere i Molde hausten 2008. Fleire representantar frå helsesektoren hadde prøvd å få med seg tilsette frå planavdelinga, men lukkast i liten grad. Planleggarane følte ikkje dette var deira arena, og ville heller prioritere egne konferansar.

Ein av kommunane i utvalet, vil prøve å samle tilsette frå helsesektoren og plansektoren, rundt nylig avslutta plansaker. Poenget er å bruke desse som ”prøveklutar” for utveksling av kompetanse og faglege synspunkt. Gjennom felles møte skal det diskuterast aktuelle problemstillingar, som kanskje kunne vore løyste annleis, dersom dei ulike sektorane arbeidde saman i større grad enn tilfellet er i dag.

Når det gjeld erfaringar med utveksling av kompetanse på tvers, kan det oppsummerast i følgjande punkt:

- Fylka er ikkje nøgde med utveksling av helse- og plankompetanse i eigen organisasjon. Dei veit at kommunane slit på dette feltet, og prøver på ulike vis å hjelpe, men har til tider nok med å arbeide med dette internt i fylket.
- Dei fleste kommunane i utvalet, opplever at dei ikkje får til god utveksling av kompetanse mellom planfeltet og helsefeltet. Mange har vanskar med å finne gode arenaer for dette, fordi det ser ut til at dei etablerte arenaene, spesielt på helsefeltet og planfeltet, ikkje appellerer til andre faggrupper.
- At kommunane ikkje greier å motivere fagfolk frå ulike felt til å delta på nasjonale arenaer, kan tyde på at statlege mynde heller ikkje maktar å lage gode tverrfaglege møteplassar som appellerer til fagfolk frå fleire felt. Dette kan kome av at den tverrfaglege kompetanseutvekslinga ikkje er god på departements- og direktoratsnivå. Informantar både i fylka og kommunane peiker på dette som ei svak side

### **5.2.5 Bruk av plan- og bygningslova som verkemiddel**

Eitt av hovudmåla for prosjektet Helse i plan, er at Plan- og bygningslova (PBL) skal fungere som verktøy for kommunane i arbeidet med å styrke folkehelsa. Med utgangspunkt i PBL, kan folkehelsearbeidet forankrast i det kommunale planverket på ulike nivå.

NIBR si undersøking viser at kommunane som er med i Helse i plan har greidd å forankre folkehelsearbeidet i samfunnsdelen i kommuneplanen i langt større grad enn andre kommunar. Når ein ser på same fordeling for arealdelen i kommuneplanen, har skilnadene mellom Helse i plan-kommunar og andre kommunar minka (Hofstad mfl 2008:37).

Ser vi på kommunedelplanar og temaplanar, har kommunar som er med i Helse i plan langt fleire slike planar knytte til folkehelse tema, enn andre kommunar har. Går vi derimot over på økonomi- og handlingsplanar, er det ingen skilnad mellom kommunar som er med i Helse i plan og kommunar som ikkje er det. Helse i plan-kommunane har altså ikkje

overført prioriteringane av folkehelse tema i det overordna planverket til økonomi- og handlingsplanane.<sup>10</sup>

I djupnestudien kjem det fram at kommunane i Helse i plan ser to klare utfordringar knytte til det å forankre folkehelse tema i det kommunale planverket:

- Folkehelsekvalitetar er vanskelege å formulere, og dermed vert det ei utfordring å utarbeide klare retningsliner for å ivareta desse.
- Dei er usikre på kor grensene går for bruk av PBL, og kva lokale forskrifter eller reguleringar dei kan vedta.

Kommunane meiner at samfunnsdelen av kommuneplanen skal femne breitt tematisk, fordi han skal seie noko om kommunen si verksemd totalt. I tillegg peiker enkelte kommunar på at folkehelse handlar om livskvalitet i sum, og at det handlar om alt frå kultur til helse og omsorg. At omgrepet er så omfattande, gjer det vanskeleg å formulere, og å finne indikatorar å måle utifrå. Kommunane meiner at det likevel er viktig å vidareføre tankegangen frå samfunnsdelen inn i konkrete retningsliner for utforming av mellom anna reguleringsplanar. Somme er usikre på kor langt dei kan gå med lova i hand, utan å trekke dei juridiske heimlane i PBL for langt.

Kor langt kan ein til dømes gå i å formulere utfyllande føresegner til arealdelen i kommuneplanen, etter PBL sin § 20-4? Kor strengt kan ein utforme reguleringsføresegner, eller utbyggingsplanar, med krav om til dømes utforming av uteareal?

Kommunane føler at PBL set grenser for kva kommunen kan krevje i ein reguleringsplan. Dei ønskjer ei avklaring av dette, fordi det kunne medverke til å *”gjere folkehelsekvalitetane i samfunnsdelen meir synlege i den juridiske delen”* (folkehelsekoordinator). Sjølv blant Helse i plan-kommunane, ser vi eit brot frå relativt god forankring av folkehelse tema i samfunnsdelen, til manglande overføring til arealdelen og økonomiplanen. Nokre få får dette til, og bruker arealdelen aktivt, mellom anna for å legge til rette for gode alternativ til bil mellom heim og skule. Dei nyttar til dømes ”Barnetråkk” for å kartlegge kva område

---

<sup>10</sup> For deltaljar, sjå tabellane 4.1- 4.4 i NIBR si undersøking.

barn og unge brukar til fysisk aktivitet, for deretter å ta omsyn til dette i arealplanlegginga.<sup>11</sup>

## 5.3 Val av folkehelse tema og målgrupper

### 5.3.1 Kommunar og fylke ikkje heilt overens om val av folkehelse tema

Fylka har for det meste valt dei nasjonale satsingsområda som utgangspunkt for sine folkehelse tema. Ei årsak til dette er at dei då får draghjelpa ved at direktoratet har desse sakene på dagsordenen. Nokre fylke legg føringar for kommunane sine val av tema, medan andre er opptatt av at kommunane sjølve veit best kva dei treng å fokusere på.

Enkelte fylke opplever likevel av og til kommunane som ”feige” i val av folkehelse tema. Folkehelseprofilen kan peike på forhold i kommunen det bør takast tak i, men som kommunepolitikarane og/eller administrasjonen vel å la liggje, fordi det kjennest for vanskeleg. Det kan vere å setje situasjonen i bygder eller bydelar opp mot kvarandre, eller å setje fokus på målgrupper som det tradisjonelt er utfordrande å jobbe med, som komplekse rustema eller mental helse. Vi har ikkje hatt høve til å ta opp med kommunane kva grunnar kommunane kan ha for å unngå slike tema, og årsakene er sikkert fleire. Til dømes kan det tenkast at kommunane ikkje føler seg kompetente til å ta fatt i dei mest krevjande sakskompleksa. Det kan gjelde spesielt i små kommunar, der det ikkje til ein kvar tid finst spisskompetanse på alle felt.

For mange kommunar, er val av tema for arbeidet med i Helse i plan samanfallande med val av tema i partnerskapsarbeidet. Vi ser at mange vel tema som er samanfallande med dei nasjonale satsingsområda. Å kjenne seg forplikta til å følgje opp dei nasjonale føringane, er oppgitt som ein av grunnane for val av tema. Mange ser dette som sjølv sagt, men kommunane har i ulike grad reflektert over om dei nasjonale satsingsområda dekkjer dei faktiske behova i kommunen. Det er ofte stor blest om dei nasjonale satsingsområda, og kommunane tenkjer at dette er ei draghjelp i folkehelsearbeidet, som dei sjølve ikkje kunne matche om dei skulle velje andre tema. Dei oppfattar likevel ikkje det å velje nasjonale satsingsområde som eit problem. Dei meiner at deira kommune ikkje har så spesielle behov, at det ikkje lar seg dekke opp innanfor desse

---

<sup>11</sup> Barnetråkk (Digitalt barnetråkk) er eit verktøy for å registrere barn og unge sine ferdselsvanar. Verktøyet er utarbeidd av Norsk Form i samarbeid med Statens kartverk, og er finansiert av fleire offentlege instansar (<http://www.norskform.no>).



satsingsområda. Nokre av kommunane hadde ikkje noko val når det gjaldt tema. Fylka la føringar for dette når dei inviterte kommunane med i Helse i plan. I ei kommune synest folkehelsekoordinatoren at temavalet frå fylket var for breitt;

..så breitt at "alt" er med; fysisk aktivitet, kosthald, rus og sosiale møteplassar. Kunne tenkje meg at dette var spissa noko meir. Vi fekk ei liste på fire tema når invitasjonen kom frå fylket”  
(folkehelsekoordinator kommune).

Fylket sine tema var valde med utgangspunkt i behov dei såg i regionen, men fylket kan likevel støtte kommunen i deira ønske om å spisse innsatsen noko. Det kan vere enklare for kommunen å prioritere tiltak på handlingsplannivå, dersom det kan fokuserast på færre tema.

Det finst kommunar som har brukt kunnskapsbasar som Kommnehelseprofilar, HEPRO, Norgesundersøkelsen og SSB (statistikkar) for å definere område der behova i kommunen er størst. Det har også lagt føringar på kva målgruppe det bør vere fokus på. Dei kommunane som har valt å gå inn i statistikkgrunnlaget, har også tankar om å finne grupper der det kan setjast inn meir førebyggjande innsats, heller enn å tenke diagnose og reparasjon.

#### **5.4 Effektar av Helse i Plan på folkehelsearbeidet**

Når vi spør dei involverte i Helse i plan i kommunar og fylke kva dei meiner er dei viktigaste resultatane av arbeidet med Helse i plan, vert det nemnt både strukturelle endringar og endringar knytte til kompetanse. Effektar i organisasjonsstrukturen kan knytast til auka kommunikasjon mellom helsefagleg og planfagleg tilsette. Det har til dømes ført at:

- folkehelse har fått ei meir sentral rolle i planarbeidet generelt.
- helseaspektet har kome inn i kommuneplanen, både i arealdelen og i samfunnsdelen.
- fagfolk på helsesida etterlyser heilskapeleg tankegang, og har i større grad enn før ønske om å delta i denne typen arbeid.

Gjennom Helse i plan, hevdar informantane på fylkesnivå at kommunane fokuserer meir på helse i samfunnsdelen i kommuneplanen. Dei opplever ei større interesse frå helsepersonell på dette med samfunnsplanlegging, og at Helse i plan har ført til læring både for planleggarar og folkehelsekoordinatorar i kommunane.

Erfaringane er elles at kommunane, som legg inn vurdering av helsespørsmål i planarbeidet, har betre kvalitetssikring på dette enn andre kommunar. Kommunane opplever at Helse i Plan har ført til at folkehelse får større fokus i planarbeidet generelt. Som vi har sett tidlegare, har dette i første rekke medverka til at folkehelseperspektiva er komme inn i samfunnsdelen i kommuneplanen. Data vi har frå fylka støttar opp under inntrykket frå kommunane.

Ein av kommunane, som har konkretisert helseaspektet på arealplannivå, har opplevd at det gir kommunen høve til å gi tydelege signal om kommunen sine forventningar, til dømes overfor entreprenørar. Kommunen erfarer at entreprenørane set pris på at dei er tydelege med tanke på forventningar dei har til entreprenørane si verksemd.

Ein annan kommune har positive erfaringar med å setje helsekompetanse inn i planarbeid, særleg når det gjeld areal- og transportplanlegging. På den måten ser dei til dømes areal- og transportplanlegging generelt i samheng med å prøve å auke talet på elevar som går og sykklar til skulen. Dei meiner at arbeidet på helsefeltet på denne måten vert meir heilskapeleg.

Når det gjeld kompetanse, opplever planleggarar at plankompetansen og forståinga for planlegging har auka blant helsepersonell, og helsepersonell opplever at helsekompetansen har auka hos planleggarar: *"det er ein anna tone mellom helse- og planmiljøet no"* (planleggar).

## **5.5 Utfordringar i arbeidet framover**

På bakgrunn av dei tre føregåande underkapitla, skal vi sjå nærare på utfordringane dei ulike forvaltningsnivåa står overfor framover. Det gjeld regionalt nivå, lokalt nivå og til sist kva desse to nivåa saknar frå direktoratet si side.

### **5.5.1 Varierende bidrag frå regionalt nivå i det lokale prosessarbeidet**

Informantar i fylka meiner at dei burde ha gjort meir for å hjelpe kommunane i dei lokale prosessane. Samstundes meiner dei at fylkesnivået først og fremst skal stå for kunnskapsgrunnlaget og vere ein nettverksbygger mellom kommunane. Kommunane bør sjølve avgjere både kva tema dei skal arbeid med, og på kva måte dei vil forankre folkehelsearbeidet. Utgangspunktet er at dette må vurderast i lys av kva ressursar og utfordringar kommunane har.

Når det gjeld arbeidet med Helse i plan, kjenner fylka også på utfordringar i eigen organisasjon. Det å **halde presset oppe**, utan å få tilført ekstra midlar, har mellom anna ført til ein generell ”overload” i arbeidsmengda. Enkelte fylke **arbeider hardt for å forankre folkehelsearbeidet i eigen organisasjon**. Før dei kan gi råd til kommunane, må det gjerast noko med svake sider i eigne system, mellom anna ved å:

- samordne plan og helse i eigen organisasjon
- sjå til at kompetanseutvekslinga internt er god
- drive intern institusjonsbygging

Samtidig prøver fylka å medverke til at kommunane kjem til praktisk handling, i tillegg til at dei får forankra Helse i plan i planverk og i kommuneorganisasjon. Under er lista opp nokre døme på korleis **fylka prøver å medverke i det lokale prosessarbeidet**:

- Konkret prosessrettleiing, med gode døme.
- Breie informasjonssamlingar, der også dei som ikkje er med i arbeidsgruppene er inviterte.
- Temabaserte seminar for planleggarar, frå kriminalitetsførebyggande planlegging til helseførebyggande planlegging.
- Informasjonsrunde overfor formannskap, saman med representantar frå Helsedirektoratet.
- Invitere folkehelsekoordinatorar til planleggarane sine arenaer.
- Arrangere eigne samlingar for folkehelsekoordinatorar med tema Helse i plan.
- Danne nye arenaer for kommunane der helse- og planfolk kan møtest og drive gjensidig erfaringsutveksling.
- Formidle kunnskap, til dømes om endringar i Plan- og bygningslova.
- Motivere kommunane til å øyremerke midlar til Helse i planarbeid.

Fylka prøver å bidra på ulike nivå. Dei er **kunnskapsformidlar** når det gjeld fag/tema og prosessarbeid, og dei **bidreg praktisk** i forankringsprosessar i kommunane. Kommunane ønskjer likevel ytterlegare bidrag frå fylka. I og med at fylka organiserer arbeidet sitt nokså ulikt, har kommunane ulike oppfatningar av korleis bidraga frå fylkesnivået verkar.

Funksjonen fylka har som **nettverksbyggjar** mellom kommunane, vert framheva som svært verdifull. I tillegg til at det kan utvekslast erfaringar

mellom kommunar, er samlingane inspirerande og arena for fagleg påfyll.

Kommunane saknar i stor grad tiltak som gjeld prosessarbeid. Dette er døme på utsegner frå både folkehelsekoordinatorar og planleggarar i kommunane:

Vi treng ferdige ”kurspakkar” på dette med å få inn helse i plan: korleis skal vi få helseperspektivet inn i planarbeidet, reint faktisk?! Gjerne som dagseminar.

Fylket skulle hjelpt oss med alt fra maler for formuleringer til retningslinjer, sjekklister, alt som kan gå inn i rutinene i det daglige planarbeidet.

Vi trenger en fellesarena for helse og planfolk.

Fylket må støtte opp under utdanningstilbud som finst innenfor folkehelse og planarbeid.

Dei kommunane som ikkje er nøgde med fylket sin innsats, føler dei **ikkje får nok draghjelp**. Dei er usikre på kva retning dei skal gå i, men veit ikkje kvar i fylket dei kan vende seg for å få hjelp, anten det gjeld planarbeid eller folkehelse.

Enkelte hevdar at **fylket er usynlege** på dette feltet i dag, og fungerer berre som eit mellomledd for statleg nivå. Dei synest dei får lite ut av fylkesnivået. Enkelte har difor gått direkte til Helsedirektoratet for faglege innspel på prosessarbeidet.

### **5.5.2 Kommunane treng hjelp til å fylla si rolle**

Kommunane har tre hovudfokus for si rolle:

- følgje opp nasjonale satsingar og fokusområde
- halde seg fagleg oppdaterte
- få på plass folkehelseperspektiva i det kommunale planverket

Uavhengig av deltaking i Helse i plan, meiner kommunane det er sjølv sagt at dei skal følgje opp nasjonale satsingar, og halde seg fagleg oppdatert. Det siste er avgjerande for å gjere ein god jobb på feltet. Det tredje punktet handlar om å forankre folkehelseperspektivet i den kommunale planstrukturen. Som vi har sett, vurderer kommunane samfunnsdelen og arealdelen som nødvendige verktøy i folkehelsearbeidet. Dei peiker også på at delplanar på alle sektorar må ha

dette perspektivet innebygd. Så langt er det få i kommunane som meiner at omsynet til folkehelse er nedfelt i planstruktur og rutinar på ein god måte. Utfordringane er mange, og nedanfor kjem vi inn på nokre.

**Personalsituasjonen** i mange kommunar er ustabil. Dette fører til at mange stadig må starte ”frå botn av”, til dømes i dei tverrfaglege arbeidsgruppene. Nye folk skal opparbeide forståing for, og kompetanse på tverrfagleg samarbeid, og på det å tenkje folkehelse i alt dei gjer. Slik det er i dag, ligg ikkje desse perspektiva ”i ryggraden” i organisasjonen, og folkehelsearbeidet er avhengig av engasjement frå enkeltpersonar. Det er fleire kommunar som peiker på at det å ha ein lite stabil personalsituasjon, hindrar at nye perspektiv vert ivaretatt. I beste fall tek det berre lenger tid enn ønskjeleg. I verste fall er ein ustabil personalsituasjon ei hindring for organisasjonsutviklinga, som er nødvendig for å fremje folkehelseperspektiv i kommunen.

I tråd med avsnittet over, føler folkehelsekoordinatorar og andre at **kommunen si totale verksemd ikkje vert sett i ein samanheng**. Folkehelseperspektivet er ukjent for mange utanfor det helsefaglige området. Sjølv i kommunar, som faktisk arbeider tverrfagleg i dag, er ikkje koordinatorane sikre på ”kor djupt det stikk” i dei sektorane som er involverte. Dei strevar med å finne metodar som sikrar ei heilskapeleg forvaltning. Dette kan tyde på at Helse i plan, så langt, ikkje i stor nok grad har medverka til tilstrekkelig administrativ forankring og iverksetjing i praksis.

Sjølv om tonen mellom fagfolk frå ulike sektorar har endra seg til det betre i løpet av prosjektperioden, er det framleis ei **stor utfordring å auke plankompetansen hos helsepersonell og helsekompetansen hos planleggarar**. Å opne for at planlegging ikkje berre er eit teknisk fag, men at det må koplast til alle andre fagfelt, til dømes helse, er ei utfordring både i plansektoren og andre sektorar. Det handlar om kulturendring, ikkje tekniske endringar. Enkelte kommunar har prøvd å løyse dette ved å legge vurdering av folkehelse inn i malane for behandling av plansaker.

Nokre kommunar håper at dei, i større enn i dag, kan **forankre folkehelsearbeidet i faktiske behov** i kommunen. Utfordringa er å få alle sektorar til å ta i bruk Kommunehelseprofilar og anna statistikk som verktøy for å synleggjere behov og målgrupper (jf Helgesen mfl 2008).

Forholdet til Plan- og bygningslova har vist seg å vere ambivalent i fleire kommunar. Når folkehelse tema vert nedfelte både i samfunns- og

arealdelen i kommuneplanen, kjennest det som ei sterk politisk forankring og at det lettar arbeidet for administrasjonen. **Samstundes er mange usikre på kva armslag kommunane faktisk har utifrå PBL**, og kva dei kan bruke lova til.

Sjølv om folkehelseperspektiva i stor grad er komne inn i samfunnsdelen, og i nokon mindre grad i arealdelen, **forsvinn perspektiva når det kjem til praktisk handling og ned på økonomiplannivå**. Det å ha fokus på folkehelse nedfelt i kommuneplanen sin samfunnsdel, er ikkje det same som at politikarane prioriterer dette feltet når det står om knappe midlar. Å bruke kommuneplanen, kan likevel vere ein måte å synleggjere arbeidet med folkehelse på. Folkehelse er elles lite synleg i organisasjonen. Det kan også tyde på at administrasjon og kommunepolitikarar **ikkje er i stand til å operasjonalisere** overordna folkehelseperspektiv og siktemål, til praktisk handling. Fleire kommunar saknar **gode kriterium for helsefaglege vurderingar** i planarbeidet. Det gjeld generelt, for å sikre høg kvalitet på planarbeidet, men også slik at dei ikkje til ei kvar tid er avhengig av helsefagleg personell for å ta avgjerder.

Eit siste, men svært viktig punkt kommunane ser som ei utfordring, er å **auke statusen for førebyggjande arbeid**. Det er framleis mindre legitimt å førebygge, enn å reparere. I dette arbeidet er **kommunelegane** nemnde som spesielt viktige. Kor vidt dei er involverte i folkehelsearbeidet eller ikkje, er svært varierende. I tilfelle dei er involverte, er det som oftast på grunnlag av personleg interesse, og ikkje som resultat av ei generell forankring i stillinga/funksjonen.

### **5.5.3 Helsedirektoratet har ei rolle å spele for å betre forankringa lokalt**

Fylkesmannen og Helsedirektoratet får skryt for mykje av sitt arbeid. Mellom anna fordi dei er gode på kunnskapsformidling, på halde seg oppdaterte og drive informasjonsarbeid. Dei skaper gode møteplassar, men enkelte meiner at direktoratet i for stor grad set agendaen, i staden for at fylke og kommunar får diskutere tema dei har behov for å lufter.

Kommunar og fylke meiner at det er forbettringspotensiale på fleire felt:

- Helsedirektoratet må gå føre som eit godt døme når det gjeld å jobbe tverrfagleg, til dømes mellom avdeling for fysisk aktivitet og miljø og helse. Det er ein føresetnad for at dette skal vere mogleg på lokalt nivå.

- Råd frå direktoratet må vere konkrete med tanke på korleis samarbeidet mellom helsesektoren og plansektoren skal kunne fungere.
- Direktoratet bør medverke til større handlingsrom for fylke og kommunar framover, gjennom ekstra tilføring av midlar.

## Kapittel 6 Oppsummering

Denne rapporten er altså er tufta på ei undervegsevaluering av Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Evalueringa er eit ledd i ein prosess, som skal seie noko om status i arbeidet og gje innspel til vegen vidare. Partnerskap og Helse i plan skal sluttevaluerast i løpet av 2009, og skal også vurderast i samanheng med to andre verkemidlar i folkehelsearbeidet, Kommunehelseprofilar og Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet.

I dette oppsummeringskapittelet trekker vi saman trådane frå rapporten, peiker på viktige utfordringar, og prøver å antyde ei retning. I tråd med rapporten elles, er tiltaka Partnerskap for folkehelse og Helse i plan omtalt kvar for seg. Til sist ser vi begge tiltaka i samanheng.

### 6.1 Partnerskap for folkehelse

Felles for alle fylka er ein folkehelsekoordinator/rådgjevar, som har ansvar for å koordinere partnerskapen og vere pådrivar i folkehelsearbeidet. Mange opplever å vere åleine om å fylle denne funksjonen i fylket, medan dei som høyrer til eit team meiner det er ein styrke for arbeidet. Fylkeskommunane har for det meste eit godt samarbeid med fylkesmannen om partnerskapsarbeidet, og i nokre fylke er det tilsette både hos fylkesmannen og i fylkeskommunen som utgjør sekretariatet for folkehelsearbeidet. Manglande koordinering mellom dei to instansane kan i enkelte tilfelle føre til mykje dobbeltarbeid, særleg når det gjeld rapportering. Dette er også eit resultat av dei formelle rapporteringssystema.

Fylkeskommunen inngår partnerskapsavtalar med ulike aktørar, men dei mest vanlege aktørane i regionale partnerskap er fylkesmannen, kommunar, idrettsorganisasjonar, ymse frivillige organisasjonar. I somme regionale partnerskap er helseføretak og høgskular/universitet representerte. KS, LO og NHO er med i partnerskapen i nokre fylke. Det er også døme på fylke, der dei vidaregåande skulane er sentrale aktørar i folkehelsearbeidet. Nokre fylke har formelle, skriftlege avtalar med alle partnarane, medan andre fylke ikkje har formalisert samarbeidet på den måten. Graden av formalisering kan også variere mellom ulike aktørar. Formaliseringsgraden er størst når det gjeld kommunane som partnerskapsdeltakarar.



Så langt, er det stor variasjon når det gjeld kor mange av kommunane i eit fylke som er med i den regionale partnerskapen gjennom formelle avtalar. I fylka som har fått på plass avtalar med kommunane, er det for det meste snakk om formelle avtalar, som er forankra i politiske vedtak i kommunen, noko som i desse fylka er eit vilkår for at kommunane skal få midlar. Eit anna vilkår for å få midlar er at kommunen skal ha folkehelsekoordinator/rådgjevar. Elles varierer det kva krav som vert stilte overfor kommunar for å få midlar frå partnerskapsordninga. Det er relativt vanleg at kommunane må velje eitt eller fleire tema/satsingar med utgangspunkt i tema fylkesnivået har valt i sitt arbeid.

NAV og helseføretak er generelt vanskeleg å mobilisere inn i dei regionale partnerskapa, sjølv om nokre fylke har lukkast med det. Lokalt ser det også ut til å vere ei utfordring å få med NAV. At NAV ikkje kjem på banen, er uheldig av fleire grunnar. Som eit overordna organ for sentrale velferdstenester, har NAV kontakt med viktige målgrupper for folkehelsearbeidet. Med utgangspunkt i at sosial ulikskap i helse er eitt av fleire tema i folkehelsearbeidet sentralt, kan ein tenkje seg at fleire av brukargruppene i store deler av NAV-systemet, er viktige å mobilisere i folkehelsearbeidet. Det kan vere sjukmelde, personar på arbeidsmarknadstiltak, uføre eller andre. NAV rår også over ulike verkemiddel som kan nyttast mot desse gruppene, til dømes Aktiv på dagtid og Grøn resept. Ein partnerskap med NAV kan dermed vere med på å styrke folkehelsearbeidet i kommunane, og ikkje minst kunne medverke til ei meir heilskapleg helseforvaltning.

Ei sentral problemstilling i dei regionale partnerskapa er knytt til storleiken på partnerskap og midlar som er til disposisjon. Fylka får statlege stimuleringsmidlar, som vert fordelte på deltakarkommunane, og som hovudsakleg går til medfinansiering av den kommunale folkehelsekoordinatorstillinga. Dess fleire kommunar og andre aktørar som er med i partnerskapen, dess færre midlar vert det å fordele på dei som er med. I tillegg vert det fleire aktørar å følgje opp. Dette kan verke lite motiverande for å få fleire med, både for fylke og kommunar. Helsedirektoratet kan medverke til å løyse dette ved å stille midlar til disposisjon proporsjonalt med talet kommunar i partnerskapa, eller ved å delta meir aktivt i oppfølginga av kommunane. Det siste har vore etterlyst frå kommunane si side.

### **Frivillige organisasjonar i lokale partnerskap**

At frivillige lag og organisasjonar er nødvendige medspelarar i folkehelsearbeidet, vert poengtert av informantar både i fylke og kommunar. Medlemene i frivillige lag og organisasjonar har både fagkunnskap og lokalkunnskap som kommunane har nytte av. Lokalt er det sjeldan snakk om formelle partnerskap, men om samarbeid eller nettverk. Dei frivillige laga har rolla som ”gjennomførar” av tiltak, anten ved å legge til rette eksisterande aktivitet til nye grupper, eller ved å setje i gang ny aktivitet.

Informantar i kommunane er usikre på i kva grad dei skal opprette formaliserte partnerskap med skrivne avtalar mellom partane. Så langt ser det ikkje ut til at kommunane vil prioritere dette. Mellom anna fordi dei fryktar at formaliserte avtalar kjem i konflikt med frivillig sektor sitt openberre kjenneteikn; den frivillige innsatsen. Dei spør seg i kva grad kan ein ”presse” frivillige til å arbeide innanfor formaliserte avtalar, der organisasjonane forpliktar seg på ulike vis overfor ein offentlig instans. Kvar går grensa for frivillig sektor sin naturlige innsats i samfunnet? I kva grad skal frivillige sektor ta på seg, eller bli bedne om å løyse oppgåver, som er eller bør vere ei offentlig oppgåve? Slike problemstillingar kjem opp når kommunar og fylke skal utforme den enkelte partnerskapen. Mange kommunar har etterlyst malar for formuleringar, til dømes for avtalar overfor frivillig sektor. Både fylke og Helsedirektorat kan bidra med dette, og samtidig ta diskusjonen rundt frivillig sektor si deltaking i offentlige oppgåver opp eitt nivå.

### **Prioritering av folkehelse tema og målgruppe**

Hovudinntrykket er at breidda i satsingsområde er for stor, både regionalt og lokalt. Truleg bør kommunar (og fylke) ha større fridom til å velje vekk somme område, for å lukkast på andre. Det er svært vanskelig å vere god på alt, i alle fall til same tid.

Dersom utfordringar i kommunane er andre enn dei tema som er i fokus regionalt, må kommunane i større grad kunne frigjere seg frå tema som er valde som satsingsområde i dei regionale partnerskapa. Det er viktig for at det skal vere samsvar mellom situasjonen i kommunen og val av satsingar. Men kommunane har i liten grad kartlagt status i eigen kommune som grunnlag for fokus i folkehelsearbeidet. Dette heng naturleg saman med at mange kommunar er i startgropa når det gjeld arbeidet med folkehelse. Men manglande kompetanse og kjennskap til

verktøy som kan brukast (jf t.d Helgesen mfl 2008), gjer det vanskeleg for kommunar å kartlegge kvar skoen trykkjer.

Helsedirektoratet og fylka bør gje tydeligare signal om at kommunane har fridom til å velje satsingsområde. Det betyr at kommunane kan velje vekk enkelte nasjonale satsingsområde, og fokusere meir på lokale utfordringar. Det kan gi meir målretta satsingar, helst tufta på kartlegging av status regionalt og lokalt.

### **Rollene til Helsedirektoratet og fylkesnivået**

Fylka treng bidrag frå Helsedirektoratet for å ”halde trykket oppe”. Mykje tyder på at folkehelsearbeidet er i ferd med å få ein posisjon, men for å auke legitimitet og status i førebyggjande arbeid, må folkehelsearbeidet verte endå meir synleg i samfunnsdebatten generelt. Både fylke og kommunar treng det, for å kunne prioritere arbeid med folkehelse.

Korleis stimuleringsmidlane frå direktoratet vert brukte varierer mellom fylka, mellom anna når det gjeld kor stor del av midlane som går til kommunane og andre regionale partnarar. Det bør diskuterast i kva grad fylke (fylkeskommune og fylkesmann) skal arbeide med konkrete tiltak og prosjekt.

Vi trur at fylka i større grad kan bidra til lokal mobilisering, dersom dei yter meir prosesskompetanse overfor kommunane. Fylka treng meir kompetanse på dette, og Helsedirektoratet spelar ei rolle i den samanhengen, og har også lagt meir vekt på dette etter kvart.

Kommunar og fylke arbeider med ei rekke ulike prosjekt parallelt. Prosjekta kan vere sette i verk innanfor ulike felt som til dømes Livskraftige kommunar og Helse i plan, eller innanfor same arbeidsområde.<sup>12</sup> Kommunane er omgitt av svært mange prosjekt, tiltak og omgrep med tilgrensande innhald, og opplever at nivåa over i liten grad ser desse i samheng. Forvaltninga vert fragmentert, og meir komplisert å handtere enn nødvendig. Det er fare for at det bli kan så komplisert å orientere seg innanfor folkehelseområdet, at kommunar

---

<sup>12</sup> På folkehelseområdet finn vi til dømes FYSAK, KRUS, Aktiv på dagtid, Røris, Grønn resept og Tilskotsordninga til Lavterksel fysisk aktivitet.

veljer å ikkje gå i gang med enkelte tiltak eller prosjekt i frykt for å ”gå seg vill”. Det vil vere ein styrke for folkehelsearbeidet at dei ulike prosjekta/tiltaka i større grad vert sett i samanheng med kvarandre.

## **6.2 Helse i plan**

### **Motivasjon**

Mange fylke og kommunar har arbeidd lenge med metodar som liknar Helse i plan, og for nokre har dette vore ein sterk motivasjon for å delta i prosjektet. Helse i plan medverkar til å setje arbeid, som allereie har vore i gang, meir i system. Evalueringa viser at fylke og kommunar har byrja å få prosessar i gang, men så langt kan det ikkje seiast at førebyggjande helsearbeid og planarbeid er to sider av same sak.

### **Organisering og forankring**

Langt dei fleste kommunane formidlar at folkehelsearbeidet er nedfelt både i samfunnsdelen og arealdelen i kommuneplanane, og at det er oppretta tverrfaglege arbeidsgrupper. Men dei færraste har kome så langt at folkehelsearbeidet er prioritert i handlingsplanar og økonomiplanar. Prosessar tek tid, og det neste steget for kommunane er nettopp arbeid med forankring i handlingsplanar og økonomiplanar. Men status pr i dag kan også vere teikn på manglande politisk vilje og engasjement, og/eller at kommunane strevar med å operasjonalisere arbeidet med Helse i plan slik at det vert handterleg.

Mange kommunar hevdar at dei tverrfaglege arbeidsgruppene er vanskelege å få til å fungere i praksis, sjølv om dei er oppretta på papiret. Å skape gode arenaer for utveksling av kompetanse mellom sektorane, er ei av dei største utfordringane både for fylke og kommunar. Dei etablerte arenaene ser i liten grad ut til å appellere til tverrfagleg samarbeid. Kommunane sjølv meiner felles arenaer er avgjerande for å auke gjensidig forståing for korleis fagområda heng saman. Dermed vil mangelen på slike arenaer kunne hemme prosessen mot sterk tverrfagleg forankring i organisasjonen. Ein av grunnane til at det er vanskeleg å få tverrfaglege arenaer til å fungere, kan vere at dei tilsette føler seg utrygge på eiga rolle i samarbeidet, og på kva deira fagkompetanse kan og skal nyttast til. Eit første steg mot tettare integrering av sektorar i planarbeidet, kan vere å gjere tydeleg kva ein forventar og ønskjer av dei ulike partane, slik at deltakarane vert trygge på eigen ståstad og eiga rolle.

### **Folkehelse tema og målgrupper**

Når det gjeld val av folkehelse tema og målgrupper i Helse i plan, er desse stort sett i samsvar med dei nasjonale satsingsområda, både for fylke og kommunar. Det betyr også at dei er samanfallande med valde folkehelse tema i partnerskapsarbeidet. Dei fleste kommunane tenkjer at deira kommune ikkje skil seg mykje frå situasjonen i landet elles, og at dei nasjonale satsingsområda er dekkande for kommunen sine behov. Ettersom arbeidet med Helse i plan er i startfasen, har dei færreste kommunane gjennomført analysar av tilstanden i kommunen med tanke på å skaffe grunnlag for planstrategiar. Difor er det vanskeleg for kommunane å vite i kor stor grad deira behov er i samsvar med tema som er i fokus nasjonalt og regionalt. I kva grad dei valde folkehelse tema er realiserte i dag, kan vi ikkje seie noko om så langt i evalueringa.

### **Plan og bygningslova som verktøy**

Eitt av hovudmåla for prosjektet Helse i plan er å medverke til at kommunane i sterkare grad tek i bruk Plan- og bygningslova som verktøy i folkehelsearbeidet. Kommunane er på si side usikre på kor langt dei kan gå med heimel i lova, utover å forankre folkehelseperspektiva i samfunnsdelen, og til ein viss grad i arealdelen. Det må difor vere viktig å gjere dette klart for kommunane, før verktøyet kan kome i bruk, slik Helsedirektoratet ønskjer.

### **Kommunelegen si rolle**

Kommunelegane er svært viktige i folkehelsearbeidet, men ser ut til å vere lite involverte i folkehelsearbeidet på den førebyggjande sida. I den grad dei deltek i arbeidet, er det oftast med utgangspunkt i personleg engasjement, og i mindre grad i form av stilling og posisjon. Såleis kan deltakinga lett ta slutt dersom vedkomande skiftar stilling, og etterfølgjaren, som skal fylle funksjonen, ikkje har det same personlege engasjementet. I kommunar, der kommunelegen deltek, til dømes i det faste planutvalet, har dette hatt mykje å seie for det tverrfaglege folkehelsearbeidet. Helsesektoren si rolle vil vi kome nærare tilbake til i neste fase av evalueringa.

### 6.3 Innspel og spørsmål til vidare arbeid

- Arbeidsmåttane, som ligg til grunn for dei to verkemidla, føreset eit langsiktig perspektiv. Verkemidla ser ut til å vere føremålstenlege for folkehelsearbeidet. Sjølv om ikkje alle målsetjingane er nådde så langt, har det skjedd mykje som kan tyde på at ein er på rett veg.
- Idealet for folkehelsearbeid er tverrfagleg arbeid. Dersom det er forventat at lokale aktørar skal få det til, må styringssignala frå fylkesnivået og det statlege nivået vere betre integrerte enn tilfellet er i dag.
- Helsedirektoratet spelar ei viktig rolle som pådrivar, premissleverandør og kunnskapsformidlar. Informantar i fylke og kommunar meiner at Helsedirektoratet, så langt, har lagt for lite vekt på å formidle prosesskompetanse. Men at dette har kome meir i fokus no.
- Informantar i kommunane etterlyser ei rolleavklaring mellom forvaltningsnivåa. Særleg med tanke på kva rolle fylke skal ha overfor kommunane. I kor stor grad skal fylka sjøve setje i verk konkrete tiltak? I kor stor grad skal fylka vere den aktøren som frontar folkehelsearbeidet? Eit tredje spørsmål er om fylka er gjevne ein kontrollfunksjon i dei regionale partnerskapa og i oppfølging av Helse i plan, fordi dei forvaltar midlane som er til disposisjon. Skal fylke til dømes kunne setje inn sanksjonar dersom aktørar ikkje oppfyller avtalar?
- Satsingsområde/tema og målgruppe bør i større grad vere tufta på kartlegging av status og behov i kommunane. For å få dette til, må kommunane få meir kunnskap om korleis dei kan skaffe kunnskapsgrunnlaget som trengst for å kartlegge status. Det vil truleg vere føremålstenleg om kommunane har noko større handlingsfridom knytt til val av folkehelse tema, både når det gjeld antal og type tema.
- Partnerskap for folkehelse og Helse i plan ser ut til å vere relativt godt forankra i formelle politiske og administrative strukturar. Men så langt viser evalueringa at arbeidet med folkehelse i mindre er nedfelt i praksis, som til dømes i dagleg tverretatleg arbeid og i økonomi- og handlingsplanar.
- Dei regionale partnerskapa er representerte med mange ulike aktørar. Men måten partnerskapa fungerer på, gjer det vanskeleg å utvikle relasjonar som gjer at partane er gjensidig likeverdige. Fylkeskommunen har ei spesiell rolle, og kommunane spelar ei anna rolle i partnerskapa enn til dømes frivillige organisasjonar. Såleis kan det vere eit spørsmål om det er føremålstenleg å differensiere mellom

ulike partar. Det er i alle fall føremålstenleg å drøfte kva det vil seie å vere likeverdige partar.

- Ei anna utfordring handlar om kva aktørar som er mobiliserte til partnerskapa. Aktørar som NAV og helseføretak er vanskelege å få med. I og med at dett er instansar som er svært sentrale for å fremje folkehelse og nå viktige målgrupper, som sjukmelde, arbeidslause, uføre osv, bør det gjerast noko for å få NAV og helseføretak på banen i større grad enn tilfellet er i dag.
- Lokalt er det i liten grad snakk om partnerskap i den meininga som oftast ligg til grunn. I relasjonen mellom offentleg og frivillig sektor handlar det snarare om nettverksbygging og meir eller mindre formelt samarbeid. Truleg er høg grad av formalisering ikkje nødvendig eller føremålstenleg for å fremje aktivitet og konkrete tiltak i folkehelsearbeidet lokalt. Men formelle arenaer og avtalar ser derimot ut til å vere nødvendig for samarbeid mellom kommunale etatar.
- Førebyggande helsearbeid har tradisjonelt hatt låg status samanlikna med behandling, og er vanskelegare både å måle og telje enn anna helsearbeid. Førebyggande tiltak for å fremje folkehelse, som Helse i plan og Partnerskap for folkehelse, møter såleis mindre entusiasme hos nøkkelaktørar som politikarar og kommunelegar. Difor kan det vere vanskeleg å prioritere slikt arbeid for dei i kommunen som elles har stor tru på denne måten å arbeide på.
- Sjølv om behandling framleis har høgare status enn førebygging, er det tydeleg at satsinga på folkehelsearbeid har medverka til at førebygging er i ferd med å oppnå høgare status. Det er grunn til å tru at Partnerskap for folkehelse og Helse i plan er to av verkmidla som har påverka dette biletet.





## Referansar

- Amdam, J og Amdam, R (2000): *Kommunikativ planlegging. Regional planlegging som reiskap for organisasjons- og samfunnsutvikling*. Oslo, Det Norske Samlaget.
- Amdam, R. og Bergem, R. (2008): *Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid*. Arbeidsrapport nr 222, Høgskulen i Volda/Møreforskning Volda.
- Bergem, R., Ouff, S.M og Aarflot, U. (2008): *Frå sofaen til sykkelsetet. Evaluering av Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet*. Arbeidsrapport 228, Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.
- Helgesen, M.K., Hofstad, H. og Vestby, G.M. (2008): *Kommunehelseprofiler. Kommunenes bruk av Helsedirektoratets nettsted*. NIBR-rapport 2008:28.
- Healey, P., A. Madanapour and C. Magalhaes (1999): Institutional Capacity-building, Urban Planning and Urban Regeneration Projects. In M. Sotarauta (ed.) *Urban Futures: A Loss of Shadows in the Flowing Spaces?* Futura vol.18.No.3/1999.p.117 - 137.
- Hofstad, H. Vestby, G.M og Helgesen, M. (2008): *Lokalt folkehelsearbeid. Underveisevaluering av Helse i plan prosjektet og Partnerskap for folkehelse*. NIBR-notat 2008:123.
- Storper, M.(1997): *The Regional World. Territorial development in a global economy*. The Guilford Press. New York.
- Stöhr, W. B (1990): *Global Challenge and Local response*. London and New York: Mansell.
- Offentlege dokument:
- St.meld. nr 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken
- St.meld nr 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjamne helseforskjellar.
- Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009. *Sammen for fysisk aktivitet*.

## **Vedlegg**

## Partnerskap for folkehelse

### Intervjuguide – fylkesnivået/folkehelsekoordinator/rådgjevar e.l.

- Korleis er folkehelsearbeidet organisert i fylkesorganisasjonen?
  - Kven er involvert i arbeidet, og kva nivå i fylkesorganisasjonen representerer desse?
  - Har det vore stabilitet blant deltakarane?
  - Korleis vert stimuleringsmidlane som fylket får frå Helsedirektoratet brukt/forvalta?
  - Kva midlar vert elles brukte i arbeidet? Regionale utviklingsmidlar e.a.?
- Kva legg du/de i omgrepet partnerskap?
- Kva er lagt vekt på i etablering av den regionale partnerskapen (partnarar/aktørar, val av organisering, temaområde, ressursgrupper osv)?
- Korleis er partnerskapsarbeidet organisert/gruppert? (Ressursgrupper innan ulike tema? Referansegrupper? Osv)
- Korleis vurderer du/de mobiliseringsprosessen når det gjeld deltaking i partnerskapen?
  - I kva grad let organisasjonar, institusjonar, kommunar mfl seg mobilisere/engasjere?
- I kva grad og på kva måtar er frivillige organisasjonar trekte inn i partnerskapen?
  - Kor viktige meiner du/de at denne gruppa er samanlikna med andre aktørar (helseforetak oa.)?
- Kva folkehelse tema og kva målgrupper er prioritert?
  - Korleis kom partnerskapen fram til kva (tema/målgrupper) som skulle prioriterast?
  - Kva prosessar og verktøy/kunnskap vart brukt for å kome fram til dette?
  - Vurderer du det slik at det er grupper som burde vore representert og/eller hørt, men som av ulike grunnar ikkje er det?
- Kva er fylket si rolle/sitt ansvar i partnerskapen?
- Korleis vurderer du andre aktørar si rolle i partnerskapen?
- Kor bindande er deltakinga i partnerskapen for organisasjonar/institusjonar/kommunar som er med?
  - Er det utarbeidd formelle, skriftlege avtalar med partnarane?
- Kva krav blir det stilt til kommunane og dei andre aktørane for å vere med i partnerskapen? ( f eks krav om politisk vedtak i kommunane? Krav om spesifikke satsingsområde/tema? Krav om å arbeide tverrfagleg?)
- Korleis vert det arbeidd overfor kommunar, andre lokale aktørar?
  - samlingar, kurs, rettleiing e.a?

- Korleis vurderer du partnerskapsmodellen som verktøy i folkehelsearbeidet?
  - Føremålstenleg kvifor?
  - Mindre bra, kvifor?
  - Alternativ?
- Kva rolle har Helsedirektoratet hatt i arbeidet overfor fylket/partnerskapen? Som pådrivar, rådgjevar osv
  - Kva har vore bra?
  - Kva kunne vore annleis og kvifor?
- Korleis vurderer du dei økonomiske rammene gitt av Helsedirektoratet? Har rammene innverknad på kor mange partnerar som blir inkludert i partnerskapen?
- Kva er resultat/effektar av partnerskapsarbeidet slik du/de ser det?
  - På systemnivå (nettverk, samarbeid, mobilisering, bevisstgjerings osv)?
  - På tiltaksnivå (konkrete tiltak som frukt i skulen, tilrettelegging for fysisk aktivitet, betre folkehelse)?
- Korleis vurderer du spørsmålet om lovforankring av folkehelsearbeidet?

*For dei fylka som også er med i Helse i plan*

- Korleis er koplinga mellom partnerskapsarbeidet og arbeidet med (følke)helse i planlegginga?

## **Partnerskap for folkehelse**

### **Intervjuguide – partnerskapsaktører på det regionale nivået/fylkesnivået**

- Korleis kom organisasjonen/institusjonen dykkar med i den regionale partnerskapen?
- Kva legg du/de i omgrepet partnerskap?
- Kva er dykkar rolle/ansvar i den regionale partnerskapen?
- Korleis synest du/de partnerskapen fungerer med tanke på å fremje folkehelsearbeidet?
  - Kva fungerer godt?
  - Kva kunne vore annleis?
- Kva oppfatningar har du/de om målgrupper og tema som er valde i folkehelsearbeidet?
- Eventuelt på kva måtar har deltaking i partnerskapen medverka til endringar i dykkar verksemd, måte å jobbe på, fokus osv?
  - Er det konkrete tiltak som er sette i verk i din organisasjon/institusjon som følgje av deltaking i partnerskapen? Eventuelt kva tiltak?
- I kva grad opplever du at deltakinga i partnerskapen er forpliktande for arbeidet i din organisasjon/institusjon?
- På kva måte er deltaking i partnerskapen kopla til arbeidet som organisasjonen/institusjonen dykkar elles gjer på folkehelsefeltet?
- Korleis oppfattar du/de fylket si rolle som koordinator for arbeidet?
- Kva er resultat/effektar av partnerskapsarbeidet slik du/de ser det?
  - På systemnivå (nettverk, samarbeid, mobilisering, bevisstgjerings osv)?
  - På tiltaksnivå (konkrete tiltak som frukt i skulen, tilrettelegging for fysisk aktivitet, betre folkehelse)?
- Korleis vurderer du/de partnerskapsmodellen som verktøy i folkehelsearbeidet?
  - Føremålstenleg kvifor?
  - Mindre bra, kvifor?
  - Alternativ?

## **Partnerskap for folkehelse**

### **Intervjuguide – folkehelsekoordinator e.l. i kommunen**

#### **Om deltaking i den regionale partnerskapen**

- Kan du/de fortelje om prosessen som leia fram til at de vart partnar i den regionale partnerskapen?
  - Kven var initiativtakarar (fylket eller kommunen)?
  - Korleis er deltakinga i den regionale partnerskapen forankra i kommunen? (politisk vedtak?)
  - I kva grad har kommunen som partnar vore med i utforming av partnerskapsmodellen på fylkesnivå?
- Korleis vurderer val av tema/satsingsområde i den regionale partnerskapen?
- Korleis opplever du forholdet mellom partnerskapen sine val av temaområde/målgrupper og kommunen sine lokale behov?
- Kva er kommunen si rolle/ansvar i partnerskapen?
- Korleis vurderer du andre aktørar si rolle i partnerskapen?
- Måtte kommunen oppfylle spesifikke krav for å få bli med i partnerskapen? (t.d velje spesifikke satsingsområde, krav om tverrfagleg arbeid, krav om politisk vedtak i kommunen?)
- Dersom partnerskapen har eigne ressursgrupper/temagrupper/referansegrupper: Er kommunen med i desse, og evt: korleis vurderer du nytten av å delta i slike grupper?
- Dersom partnerskapen har nettverkssamlingar for kommunane: korleis vurderer du nytten av desse samlingane?

#### **Folkehelsearbeidet i kommunen:**

- Korleis er folkehelsearbeidet organisert i kommunen?
  - Kven i kommuneorganisasjonen (både administrativt og politisk) er involvert i folkehelsearbeidet og kva nivå i kommuneorganisasjonen representerer dei?
  - I kva grad vil du seie at kommunen jobbar tverrsektorielt med folkehelse?
- Kva legg du/de i omgrepet partnerskap?
- Har kommunen eit lokalt partnerskap for folkehelse (eller tilsvarande)?

#### **Om den lokale partnerskapen/nettverk/samarbeidsgrupper e.l**

- Kva er lagt vekt på i etablering av samarbeidsgrupper for folkehelsearbeidet (partnarar/aktørar, val av modellar osv)?

- Korleis vurderer du/de mobiliseringsprosessen når det gjeld deltaking i partnerskapen/nettverk for folkehelse lokalt?
  - I kva grad let organisasjonar, institusjonar osv seg mobilisere/engasjere?
- I kva grad og på kva måtar er frivillige organisasjonar trekte inn i partnerskapen?
  - Kor viktige meiner du at denne gruppa er samanlikna med andre aktørar?
- Kva folkehelse tema og kva målgrupper er prioritert?
  - Korleis kom partnerskapen fram til kva (tema/målgrupper) som skulle prioriterast?
  - Kva prosessar og verktøy/kunnskap vart brukt for å kome fram til dette?
  - Vurderer du det slik at det er grupper som burde vore representert og/eller hørt, men som av ulike grunnar ikkje er det?
- Kva er kommunen si rolle/ansvar i den lokale partnerskapen/nettverk eller liknande?
- Korleis vurderer du andre aktørar si rolle i partnerskapen?
- Kor bindande er deltakinga i partnerskapen for organisasjonar/institusjonar som er med? (er det inngått skriftlege, formelle avtalar?)
- Vert det stilt krav til dei som skal vere med i partnerskapen? Eventuelt kva krav?
- Korleis vert det arbeidd overfor andre lokale aktørar?
  - samlingar, kurs, rettleiing e.a?
- Kva rolle har fylkesnivået hatt i arbeidet overfor kommunen/den lokale partnerskapen? Som pådrivar, rådgjevar osv
  - Kva har vore bra?
  - Kva kunne vore annleis og kvifor?
- Kva er resultat/effektar av partnerskapsarbeidet slik du ser det?
  - På systemnivå (nettverk, samarbeid, mobilisering, bevisstgjerings osv)?
  - På tiltaksnivå (konkrete tiltak som frukt i skulen, tilrettelegging for fysisk aktivitet, betre folkehelse)?

#### **Vurderingar av partnerskapsmodellen**

- Korleis vurderer du partnerskapsmodellen, både regionalt og lokalt, som verktøy i folkehelsearbeidet?
  - Føremålstenleg kvifor?
  - Mindre bra, kvifor?
  - Alternativ?

*For dei kommunane som også er med i Helse i plan*

- Korleis er koplinga mellom partnerskapsarbeidet og arbeidet med (folke)helse i planlegginga?

## **Partnerskap for folkehelse**

### **Intervjuguide – partnerskapsaktørar/samarbeidsaktørar lokalt**

- Korleis kom organisasjonen/institusjonen dykkar med i partnerskapen/det lokale nettverket/samarbeidet?
- Kva legg du/de i omgrepet partnerskap?
- Kva er dykkar rolle og ansvar i partnerskapen/nettverket/samarbeidet?
- Korleis synest du partnerskapen/samarbeidet/nettverket fungerer med tanke på å fremje folkehelsearbeidet?
  - Kva fungerer godt?
  - Kva kunne vore annleis?
- Kva oppfatningar har du om målgrupper og tema som er valde i folkehelsearbeidet?
- Eventuelt på kva måtar har deltaking i partnerskapen/nettverket/samarbeidet medverka til endringar i dykkar verksemd, måte å jobbe på, fokus osv?
  - Er det konkrete tiltak som er sette i verk i din organisasjon/institusjon som følgje av deltaking i partnerskapen/samarbeidet? Eventuelt kva tiltak?
- I kva grad opplever du at deltakinga i partnerskapen/samarbeidet/nettverket er forpliktande for arbeidet i din organisasjon/institusjon?
- Korleis oppfattar du kommunen si rolle som koordinator for arbeidet?
- Kva er resultat/effektar av partnerskapsarbeidet/samarbeidet slik du ser det?
  - På systemnivå (nettverk, samarbeid, mobilisering, bevisstgjerings osv)?
  - På tiltaksnivå (konkrete tiltak som frukt i skulen, tilrettelegging for fysisk aktivitet, betre folkehelse)?
- Korleis vurderer du partnerskapsmodellen/nettverket/samarbeidet som verktøy i folkehelsearbeidet?
  - Føremålstenleg kvifor?
  - Mindre bra, kvifor?
  - Alternativ?



## Helse i plan Intervjuguide - fylkesnivået

### Spørsmål til folkehelsekoordinator/fylkesplanleggar/andre aktører i arbeidet

- I kva grad og på kva måte er Helse i plan forankra i dei administrative og politiske strukturane regionalt?
  - Korleis er arbeidet med HiP organisert på fylkesnivået?  
Arbeidsgrupper?
  - Korleis er aktørsamansetnaden på fylkesnivået i dette arbeidet? (Kven på fylkesnivået er involvert, og kva nivå i organisasjonen representerer desse?)
  - Har det vore stabilitet blant deltakarane?
- Korleis arbeider fylket med tanke på forankring og prosessarbeid lokalt?
  - Konkrete døme på arbeidsmåte, tiltak osv
  - Mot samfunnsdelen i kommuneplanen?
  - Konflikthandtering?
- Kva folkehelse tema og målgrupper er prioritert i Helse i plan i dykkar fylke?
  - Kva låg til grunn for valet?
  - Kva prosessar og verktøy/kunnskap vart brukt for å kome fram til dette?
    - SSB
    - Levekårsvariablar
    - Kommnehelseprofiler
    - Kostra
- I kva grad legg fylket føringar på prioriteringar lokalt?
- Korleis vert plan- og bygningslova brukt som verkemiddel i folkehelsearbeidet?
  - Korleis vert samfunnsplanlegginga brukt som verkemiddel i folkehelsearbeidet?
- Kva gjer fylket for å utvikle plan- og prosesskompetansen i helsesektoren?
  - Konkrete døme?
- Korleis vurderer du kompetansen om helsekonsekvensar av fysisk planlegging i plansektoren?
  - Kva er gjort for å auke denne kompetansen?
- Basert på dine erfaringar og kontakten du har med kommunane:

- Kva er suksessfaktorane for å oppnå gode samarbeid mellom planleggjarar og folk frå helsesektoren i dei kommunale planprosessane?
- Kva er dei kritiske faktorane i dette samarbeidet?
- Kva oppfatningar har du/de av Helsedirektoratet si rolle i arbeidet med Helse i plan?
  - Kva er bra?
  - Kva saknar du/de?
- Kva har vore dei største utfordringane i fylket sitt arbeid med HiP?

## Helse i plan

### Intervjuguide - kommunar

#### Spørsmål til folkehelsekoordinator/planleggar e.a

- I kva grad og på kva måte er Helse i plan forankra i dei administrative og politiske strukturane i kommunen?
  - Korleis er arbeidet med HiP organisert? Arbeidsgrupper?
  - Korleis er aktørsamansetnaden i dette arbeidet (adm./pol.)? (Kven i kommunen er involvert, og kva nivå i organisasjonen representerer desse?)
  - Har det vore stabilitet blant deltakarane?
- Kva var motivasjonen/kvifor valde kommunen å vere med i HiP?
- Kva folkehelse tema og målgrupper er prioritert og kvifor?
  - Kva låg til grunn for valet? Same som folkehelsearbeidet elles?
  - Kva prosessar og verktøy/kunnskap vart brukt for å kome fram til dette?
    - SSB
    - Levekårsvariablar
    - Kommunehelseprofiler
    - Kostra
- Korleis og i kva grad er desse folkehelse tema forankra og realisert?
  - I kva planar er dette forankra?
  - Har kommunen/vil kommunen ha eigen folkehelseplan? Kvifor eller kvifor ikkje?
  - Kva konkrete folkehelse tiltak er sette i verk?
- Korleis vert plan- og bygningslova og samfunnsplanlegging brukt som verkemiddel i folkehelsearbeidet?
- Korleis vert det arbeidd med prioriteringar, dialog og forankring av folkehelse tiltak?
  - Samfunnsdelen i kommuneplanen som verkemiddel?
  - Konflikthandtering?
  - Prosessar, folkemøte, medverknad?
- Korleis vurderer du/de plan- og prosesskompetansen i helsesektoren?
  - Kva er gjort for å auke denne kompetansen?
- Korleis vurderer du kompetansen om helsekonsekvensar av fysisk planlegging i plansektoren?
  - Kva er gjort for å auke denne kompetansen?
- I kva grad og eventuelt korleis er helsetema integrerte i planlegginga?
- Korleis fungerer samarbeidet mellom helse og planlegging i kommunen?
  - Kvifor trur du/de det fungerer bra?
  - Kvifor er det eventuelt vanskeleg å få til samarbeid?
- Er dette samarbeidet endra som følgje av deltaking i Helse i plan?
  - Eventuelt korleis?
- Kva oppfatningar har du/de av fylket si rolle overfor kommunane i arbeidet med Helse i plan?
  - Kva er bra? Kva saknar du/de?