

Hege Hofstad og
Guri Mette Vestby

Lokalt folkehelsearbeid

**Underveisevaluering av Helse i Plan
og Partnerskap for folkehelse**



NIBR
Norsk institutt for
by- og regionforskning

NOTAT 2009:102

Tittel: **Lokalt folkehelsearbeid**
Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap
for folkehelse

Forfatter: Guri Mette Vestby og Hege Hofstad

NIBR-notat: 2009:102

ISSN: 0801-1702
ISBN: 978-82-7071-760-6
Prosjektnummer: O-2625
Prosjektnavn: Helse i plan

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Guri Mette Vestby

Referat: Notatet gir et første bilde av hvordan arbeidet med folkehelse tiltak er forankret og organisert i kommunene, hvilke planverktøy og partnerskapsmodeller som er tatt i bruk, og om kommuner som er med i Helse i plan – prosjektet skiller seg ut fra de øvrige kommunene. Denne underveisrapporteringen gir også et bilde av hva slags folkehelse tema det jobbes med, hva slags målgrupper som er i fokus og hvilke tema som dominerer i ulike type planer. I hvilken grad det foregår tverrsektorielt samarbeid og kompetansebyggende tiltak inne plan og prosess belyses også. Sluttrapportering finner sted i 2009

Sammendrag: Norsk

Dato: Februar 2009

Antall sider: 70 inkl. vedlegg

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21
0349 OSLO

Vår hjemmeside: Telefon: 22 95 88 00
Telefaks: 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no
<http://www.nibr.no>

Org. nr. NO 970205284 MVA

© NIBR 2008

Forord

Dette notatet er del av en følgeevaluering av tiltak innenfor det nasjonale folkehelsearbeidet som NIBR og Møreforskning utfører på oppdrag fra Helsedirektoratet. NIBR gjennomførte våren 2008 en todelt landsomfattende survey som representerer en breddeundersøkelse av hvordan folkehelse tema er forankret i planlegging i kommuner generelt og i kommuner som deltar i prosjektet Helse i plan spesielt. Breddeundersøkelsen omfatter også Partnerskap for folkehelse. En lignende undersøkelse vil bli gjennomført i løpet av 2009, og det foreliggende notat er derfor en underveisrapportering. Møreforskning har ansvaret for dybdestudier i noen utvalgte kommuner og fylker, og har laget en underveisrapport (Bergem m.fl. 2009).

NIBR's forskerteam i denne evalueringen er Marit Helgesen, Hege Hofstad og Guri Mette Vestby, med sistnevnte som prosjektleder. Hofstad og Vestby har gjennomført breddeundersøkelsen og skrevet dette notatet. Marit Helgesen har gitt verdifulle kommentarer til utarbeiding av spørreskjemaet, det samme har forskerne ved Møreforskning, der Randi Bergem har prosjektlederansvaret.

Som del av evalueringen av tiltakene innenfor det nasjonale folkehelsearbeidet, har NIBR tidligere rapportert "Kommunehelseprofiler. Kommunenes bruk av Helsedirektoratets nettsted" (NIBR-rapport 2008:28). Rapporten er elektronisk tilgjengelig på NIBRs hjemmeside: www.nibr.no

NIBR februar 2009

Guri Mette Vestby
prosjektleder

Innhold

Forord.....	1
Innhold.....	2
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt.....	5
Sammendrag.....	6
1 Tema og problemstillinger.....	8
1.1 Tema.....	8
1.1.1 Helse i plan: tema og problemstillinger i survey.....	9
1.1.2 Partnerskap for folkehelse: tema og problemstillinger i survey.....	10
2 Evalueringsopplegg, metode og utvalg.....	11
2.1 Følgeevaluering, underveisrapportering og sluttrapportering.....	11
2.2 Om undersøkelsens univers.....	12
2.2.1 Hvor treffsikkert er undersøkelsesopplegget?.....	12
2.2.2 Kommunenes størrelse.....	13
2.3 Deltakelse i Helse i plan og Partnerskap for folkehelse.....	14
3 Lokale arbeidsmåter – organisering, koordinering og forankring.....	16
3.1 Innledning.....	16
3.2 Om respondentene og kommunenes personressurser på feltet.....	16
3.2.1 Folkehelsekoordinatoren.....	17
3.2.2 Kommuneplanleggeren.....	19
3.3 Tverrsektoriell integrering.....	20
3.3.1 Tverrfaglig samarbeid.....	21
3.3.2 Hvilke enheter/avdelinger involveres i folkehelsearbeid?.....	23
3.4 Involvering av politikerne.....	25
3.5 Involvering av ansvarlige for folkehelse i planprosesser.....	25
3.6 Lokal kompetanseutvikling.....	27
3.7 Partnerskap for folkehelse.....	28
3.7.1 Partnerskap mellom kommune og fylkeskommune.....	29
3.7.2 Partnerskap mellom kommunen og lokale aktører.....	30
3.8 Oppsummering.....	32
4 Folkehelse temaer.....	33
4.1 Kommunal planlegging som redskap for folkehelsearbeid.....	33
4.2 Folkehelse tema i denne evalueringen.....	35
4.3 Hvilke folkehelse tema forankres i kommunale planer?.....	37
4.3.1 Folkehelse tema i Kommuneplanens samfunnsdel.....	37
4.3.2 Folkehelse tema i Kommuneplanens arealdel.....	39
4.3.3 Folkehelse tema i delplaner og temaplaner.....	40

4.3.4	Folkehelse tema i økonomiplanen	42
4.3.5	Oppsummerende diskusjon	43
4.4	Tematisk fokus i Partnerskap for folkehelse	45
4.5	Målgrupper i lokalt folkehelsearbeid.....	47
4.6	Folkehelse temaer i lokalt folkehelsearbeid	49
5	Avsluttende kommentarer	51
	Litteratur.....	53
Vedlegg 1	Spørreskjema til planleggere	55
Vedlegg 2	Spørreskjema til folkehelseansvarlig.....	56

Tabelloversikt

Tabell 2.1	Hvor mange innbyggere har kommunen? (Prosent, hele tall i parentes)	13
Tabell 2.2	Deltar kommunen i Helsedirektoratets utviklingsprosjekt ”Helse i Plan”? Svar fra kommuneplanleggere (N=178) og folkehelsekoordinatorer (N=231) (Prosent, hele tall i parentes).....	14
Tabell 2.3	Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Helse i plan- og partnerskapskommuner i utvalget N=230 (Prosent, hele tall i parentes).....	15
Tabell 4.1	Kategorisering av folkehelse temaene i undersøkelsen.....	36
Tabell 4.2	Temaer i kommuneplanens samfunnsdel. Helse i Plan-kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes).....	38
Tabell 4.3	Temaer i arealdelen med bestemmelser. Helse i Plan-kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes).....	39
Tabell 4.4	Temaer i kommunedelplaner/temaplaner. Helse i Plan-kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes).....	41
Tabell 4.5	Temaer i økonomiplanen/handlingsplanen med budsjett. Helse i Plan- kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes).....	42
Tabell 4.6	Mest fokuserte temaer i Helse i Plan- kommunene.	44
Tabell 4.7	Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Folkehelse tiltak fordelt på folkehelse temaer og målgrupper. N=259	48

Figuroversikt

Figur 3.1	Hvilke ikke-kommunale aktører deltar i lokale partnerskap? N= 61 kommuner	31
Figur 4.1	Folkehelsestemaer i partnerskapsavtalen med fylkeskommunen.....	45
Figur 4.2	Folkehelsestemaer i de lokale partnerskapene. N= 52 kommuner.....	46

Sammendrag

Hege Hofstad og Guri Mette Vestby

Lokalt folkehelsearbeid

Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse
NIBR-notat: 2009:102

Denne underveisrapporteringen belyser lokale arbeidsmåter innen folkehelsearbeidet; organisering, koordinering og forankring, samt hva slags folkehelse tema kommunene arbeider med og mot hvilke målgrupper. Våren 2008 gjennomførte NIBR en todelt breddeundersøkelse i form av en survey til alle landets kommuner. Svarprosenten var god; av landets 430 kommuner har 301 folkehelsekoordinatorer (eller andre folkehelseansvarlige) og 322 kommuneplanleggere besvart undersøkelsen. Dette tilsvarer en svarprosent på henholdsvis 70 og 75 prosent.

Godt over halvparten av kommunene i undersøkelsen har folkehelsekoordinator, og det vanligste er at kommune(over)legen har denne funksjonen, men det varierer stort med hensyn til hvor mye tid som er avsatt til dette.

Kommuner som er med i metodeutviklingsprosjektet Helse i plan synes å skille seg ut i materialet på flere måter. Dette kan dels være et resultat av prosjektdeltakelsen, og dels kan det være at kommuner som var spesielt interessert og allerede hadde gjort en del på helse og planlegging meldte seg som interesserte. Helse i plan – kommunene skiller seg for det første ut ved at de gjennom tverrsektorielt arbeid i større grad aktiviserer den politiske og administrative ledelsen i kommunen. Også samarbeidet mellom ansvarlige for folkehelse og planlegger synes å være tettere i disse kommunene, spesielt i utformingen av kommuneplanens samfunnsdel. Dette kan være et utslag av økt kompetanse; 2/3 av de folkehelseansvarlige i Helse i plan-kommunene har deltatt i kompetanseoppbygging i forhold til plan- og prosess. Men kartleggingen viser samtidig at Helse i plan – kommuner i mindre grad enn andre kommuner involverer enheter for sosial virksomhet og psykisk helse i folkehelsearbeidet, noe som kan tyde på at satsingen mot planarbeid- og forankring bidrar til at fokus dras noe vekk fra grupper med særskilte behov.

Temaene tobakk, ernæring, fysisk aktivitet, mental helse, rusforebygging og sosial ulikhet i helse er gjenstand for spesiell oppmerksomhet av nasjonale myndigheter. Med unntak av fysisk aktivitet er disse temaene lite framme i kommuneplaner. Imidlertid viser undersøkelsen at en større andel Helse i plan- kommuner har fokus på folkehelse temaer i *samfunnsdelen* enn hva tilfellet er blant de øvrige kommunene. Fysisk aktivitet er viktigste tema i alle kommuner. Tema som kultur og helse, skade- og ulykkesforebygging eller trygghet - og kriminalitetsforebygging er klart mer vanlig i prosjektkommunene. I alle kommuner får tannhelse, tobakk og smittevern liten oppmerksomhet i samfunnsdelen. Men samlet sett er samfunnsdelen den plantypen

som benyttes mest til å løfte fram folkehelse spørsmål. Resultatene av svarene på tematisk fokus i *økonomiplanen* viser først og fremst at kun et fåtall av kommunene i undersøkelsen integrerer folkehelse temaer i denne planen. Det er et noenlunde likt mønster i forhold til hvilke type temaer kommunene fokuserer på i *arealdelen*, men Helse i plan - kommuner skiller seg positivt ut ved at det er en større andel som har inkludert tradisjonelle arealplan temaer som grønt- og friluftsområder, som nå kobles spesielt mot folkehelse, eller nyere tema som universell utforming. Når det gjelder *kommunedelplaner og temaplaner*, er det noe mer utbredt med slike planer for fysisk aktivitet, mental helse og rusforebygging i Helse i plan – kommunene.

De regionale og lokale partnerskapene kan spille ulike roller i styringskjeden fra politisk vedtak av en plan til konkret iverksetting av folkehelse tiltak. De kan både medvirke til å sette fokus på aktuelle temaer, og dermed gi innspill til planleggingsprosesser, samtidig som de kan spille en viktig rolle i iverksettingen av folkehelsepolitikken på et stort og utfordrende felt hvor myndighetene ikke sitter med nøkkelen til realiseringen av folkehelse målene alene. 134 av kommunene i utvalget har partnerskapsavtale med fylkeskommunen, og gjennom partnerskapet får de tilgang på veiledning, rådgivning og samlinger i større grad enn andre kommuner. Dette viser at fylkeskommunen fungerer som utviklingsaktør på folkehelsefeltet. Lokale partnerskap er mindre vanlig; 61 av kommunene som har besvart undersøkelsen har etablert lokale partnerskap med ikke-kommunale aktører. Idrettslag er hyppigste deltaker i slike lokale partnerskap.

Fysisk aktivitet, ernæring, tobakk, rusforebygging og mental helse er de folkehelse temaene som er mest utbredt i partnerskapene. At sosial ulikhet i helse i liten grad er inne som eget tema i partnerskapene, betyr ikke nødvendigvis at det er lite ivaretatt. Både fysisk aktivitet, ernæring, tobakk, rusforebygging og mental helse er tema som i stor grad er knyttet til sosiale helseforskjeller og der den forebyggende innsatsen over tid vil kunne gi sosial utjevning.

At kjernetemaene i de nasjonale satsingene i større grad er inne i partnerskapene, kan tilskrives at partnerskapstemaene er aktivitets- og handlingsorienterte og skiller seg fra den tradisjonelle, fysiske orienteringen i planleggingen. Imidlertid kunne en forvente at dette var temaer som fikk sterkere gjennomslag i økonomiplanleggingen og i delplaner/temaplaner. Kommuneplanens samfunnsdel og arealdel skal bidra til å koordinere nasjonale, regionale og kommunale mål samt kommunal virksomhet. Her kjemper med andre ord folkehelse mål om oppmerksomheten med andre gode formål.

De fleste folkehelse tiltak er rettet mot hele befolkningen og/eller mot barn og unge spesielt. Mest utbredte tiltak for barn og unge er innen temaene ernæring, rusforebygging, tobakk og fysisk aktivitet. For målgruppen barn og unge følger altså kommunene i relativt stor grad de nasjonale satsingsfeltene. Miljørettet helsevern, grønt/friluftsområder, universell utforming og smittevern er tema som i liten grad har bestemte målgrupper. Tiltak spesielt rettet mot etniske minoriteter er lite utbredt, og funksjonshemmede er heller ikke en spesiell målgruppe. Dette kan tolkes som en bekreftelse på at kommunene definerer folkehelse som allment helsefremmende arbeid med hovedvekt på forebygging, og mindre som forebygging blant spesielle grupper.

1 Tema og problemstillinger

1.1 Tema

Helsefremmende og forebyggende arbeid er i fokus, ikke minst gjennom satsing på folkehelse. Folkehelse er et samlebegrep for alle typer tiltak der formålet er å fremme helse og hindre at sykdommer, skader eller sosiale problemer oppstår. Det finnes mange definisjoner av helse. I folkehelsearbeidet er det som regel helse i vid forstand som ligger til grunn, det vil si en tilnærming til helse som også favner det vi omtaler som livskvalitet. Målet med satsingen på folkehelse, er i følge folkehelsemeldingen *Resept for et sunnere Norge* (St.meld nr 16 (2002-2003), å utforme en politikk som skal medvirke til flere leveår med god helse i befolkningen som helhet, samt bidra til en utjevning av helsesituasjonen mellom ulike sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Det er systematiske forskjeller i helse som er knyttet til økonomisk og sosial status. Regjeringen vektlegger at de sosiale forskjellene er et samfunnsproblem som det er fellesskapets ansvar å møte gjennom å legge rammebetingelsene til rette for god helse gjennom jevnere fordeling, bedre arbeidsmiljø og økt kvalitet i utdanningen (St.meld 20 2006-07). Innsatsen i forhold til de sosiale helseforskjellene understreker et mer generelt poeng i folkehelsearbeidet: Gjennom politikkutforming på andre samfunnsfelt vil folks levekårsbaserte helseforhold kunne bedres. Dette dreier seg for eksempel om miljø, boligpolitikk og utdanning. Gjennom mobilisering av enkeltindivider og lokalsamfunn kan helsefremmende forhold styrkes og livsstilsendringer stimuleres. Gjennom kommunal planlegging og tilrettelegging kan innsatsen målrettes og det forebyggende perspektivet utvides og samordnes.

Folkehelsemeldingen vektlegger samfunnsplanlegging som et sentralt virkemiddel i folkehelsearbeidet, samtidig framheves partnerskap som en ønskelig arbeidsform i det lokale folkehelsearbeidet. Samfunnsplanlegging og partnerskap handler i stor grad om mobilisering og forankring av helsesatsingen. Helsedirektoratet har satt i gang flere tiltak rettet mot folkehelsearbeidet regionalt og lokalt:

- Metodeutviklingsprosjektet Helse i plan
- Partnerskap for folkehelse
- Nettstedet Kommnehelseprofiler
- Tilskottsordningen til lavterskel fysisk aktivitet

På oppdrag fra Helsedirektoratet utfører Møreforskning og Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) følgeevaluering av disse tiltakene innenfor det nasjonale folkehelsearbeidet.

1.1.1 Helse i plan: tema og problemstillinger i survey

Metodeutviklingsprosjektet *Helse i plan* tar utgangspunkt i folkehelsemeldingens fokus på behovet for å styrke folkehelseperspektivet i samfunnsplanleggingen. En arbeidsgruppe bestående av representanter fra Helse- og omsorgsdepartementet, Miljøverndepartementet og Sosial- og helsedirektoratet fikk i oppdrag å utarbeide et utprøvningsopplegg for Helse i plan. Tiltaket har en 2-delt målsetting:

- Forankring eller planfesting av folkehelseiltak i ordinære plan – og styringsdokumenter.
- Kompetanseoppbygging på plan- og prosess innen helsesektoren.

Helse i plan er først og fremst et innovasjons- og metodeutviklingsprosjekt; dvs. en utviklings- og arbeidsmåte og et verktøy, mer enn det er et prosjekt for kommunene. Verktøyet er plan- og bygningsloven og kommuneplanen, og metodene som utvikles dreier seg om hvordan ulike folkehelse mål kan realiseres gjennom forankring i kommuneplanens samfunnsdel, arealdel, økonomiplan og i temaplaner. Organisering og samarbeid, politisk forankring, kompetansebygging og informasjonsspredning inngår også som virkemidler i denne sammenheng. Tiltaket innebærer med andre ord en tettere integrering av folkehelsearbeidet og planleggingsaktiviteten i kommunene.

Prosjektet startet opp i 2006 og vil avsluttes i 2010. På sentralt nivå er prosjektet administrativt forankret i Helsedirektoratet. Årlig tildeles de 7 deltakende fylkene kr. 100.000 hver. I praksis fordeles de 100 000 kr. videre til utprøvningskommunene i fylket. Det er dessuten bevilget kr. 100.000 til Høgskolen i Vestfold i forbindelse med faglig utvikling av denne tematikken innenfor en master i folkehelsearbeid. Den sentrale prosjektlederen i Helsedirektoratet samarbeider med Høgskolen om det faglige opplegget. Høgskolen er også tildelt kr. 100.000 i støtte for utvikling av eksempeldatabase..

Hovedaktiviteten skjer i 30 kommuner i 8 fylker (7 enheter: Agder går som ett) som deltar i utprøvningsarbeidet. Vår breddeundersøkelse omfatter imidlertid alle landets kommuner. På den måten har vi mulighet for å sammenholde Helse i plan-kommuner med andre kommuner.

Følgende problemstillinger har vært retningsgivende for utformingen av surveyen og analysen av datamaterialet i forbindelse med Helse i Plan:

- I hvilken grad er folkehelse forankret i det kommunale planhierarkiet?
- Hvilke folkehelse temaer fokuseres det på i planene?
- En forutsetning for integrering av folkehelse i kommunale planer, er samarbeid og koordinering på tvers av sektorielle og faglige skillelinjer. I hvilken grad er slike samarbeidsprosesser satt i verk?
- I hvilken grad arbeides det for å øke plan- og prosesskompetansen i kommunen?

1.1.2 Partnerskap for folkehelse: tema og problemstillinger i survey

Folkehelsemeldingen ønsket å bygge opp under fylkeskommunen som regional utviklingsaktør gjennom en satsing på partnerskapsmodellen (NOU 2000:22, St.meld nr. 16 2002-2003). Modellen er ment å bidra til et systematisk og forpliktende samarbeid mellom relevante aktører på regionalt og lokalt nivå. Siden 2004 har Helsedirektoratet tildelt stimuleringsmidler som skal bidra til økt aktivitet både på fylkes- og kommunenivå. Stimuleringsmidlene var i 2004 i alt 10 mill.kr., og har steget til 32,7 mill.kr. i 2009. Midlene fordeles videre til kommunene via fylkeskommunene, som støtte til folkehelsekoordinatorfunksjonen og til lokale tiltak. Det er et krav at kommuner som får støtte også skal bidra selv. I dag er alle fylkene en del av partnerskapsordningen. Oslo, Finnmark og Hordaland kom imidlertid ikke med før i 2007.

Partnerskapsmodellen innebærer en skriftlig og forpliktende avtale mellom partene. Tre typer avtaler er aktuelle:

- a) mellom fylkeskommunen og andre aktører på fylkesnivå
- b) mellom fylkeskommunen og kommunene
- c) mellom kommunen og andre aktører lokalt

Følgende problemstillinger har vært retningsgivende for utformingen av surveyen og analysen av datamaterialet i forbindelse med partnerskap for folkehelse:

- Hvordan er partnerskapsarbeidet organisert og forankret i kommunene?
- Hvilke folkehelse temaer og målgrupper er sentrale i folkehelsearbeidet regionalt og lokalt?
- Hvilke aktører deltar i partnerskapsarbeidet lokalt?

2 Evalueringsopplegg, metode og utvalg

2.1 Følgeevaluering, underveisrapportering og sluttrapportering

Evalueringsprosjektet startet opp i 2007 og skal sluttrapporteres i 2010. NIBR har rapportert evalueringen av Kommnehelseprofiler (Helgensen m.fl.2008) og Møreforskning har rapportert evalueringen av Tilskottordningen for lavterskel fysisk aktivitet i november 2008 (Bergem m.fl. 2008).

Evalueringen av Helse i plan og Partnerskap fortsetter og skal sluttrapporteres ved utgangen av 2009 som et samarbeid mellom de to forskningsinstitusjonene. NIBR er ansvarlig for den kvantitative delen av denne evalueringen, som i hovedsak består av en breddeundersøkelse som omfatter alle landets kommuner og fylker. Denne delen av følgeevalueringen kartlegger for det første hvordan det arbeides *prosessuelt* i form av kompetansehevende tiltak, samarbeid mellom ulike aktører i arbeidet, organisering og forankring av arbeidet. For det andre kartlegges det *tematiske fokuset* i form av folkehelse tema i kommunale planer og partnerskap, samt ulike målgrupper for arbeidet.

Møreforskning har ansvar for den kvalitative delen av evalueringen, som består av dybdeintervjuer i utvalgte kommuner og fylker. Underveis rapporteres disse to delene av evalueringen hver for seg. Det foreliggende notatet er NIBRs underveisrapportering basert på resultatene av en todelt surveyundersøkelse hvor kommuneplanleggere og folkehelsekoordinatorer (eller ansvarlig for folkehelseoppgaver) har rapportert om deres arbeid med *Helse i plan* og *Partnerskap for folkehelse*. Notatet gir et første bilde av hvordan arbeidet med folkehelse tiltak er forankret og organisert i kommunene, i hvilken grad planverktøy og partnerskapsmodeller er tatt i bruk, og om kommuner som er med i Helse i plan – prosjektet skiller seg ut. Tilsvarende undersøkelse til alle landets kommuner vil bli gjennomført mot slutten av 2009, da også sluttrapporteringen vil finne sted. Først da vil vi kunne foreta nærmere analyser som inkluderer forklaringer til utvikling og forskjeller, for derigjennom å kunne identifisere forutsetninger og betingelser for en vellykket bruk av planverktøy og partnerskapordninger for å fremme folkehelsearbeidet. Sluttrapporteringen vil både inneholde data om mulige endringer som har funnet sted, kobling av de fire tiltakene som evalueres, og mer omfattende analyser av kjennetegn ved kommuner som lykkes i arbeidet og hva slags virkemidler og verktøy som viser seg å fungere godt og hva som eventuelt fungerer som barrierer. Forklaringer vil ligge på ulike nivå og knyttes an til både prosesser, aktører, organisering, arbeidsmåter, tema, planformer og

verktøy. De kvantitative og kvalitative dataene vil samlet kunne gi en god innsikt i det lokale arbeidet med å fremme folkehelse.

Underveis rapporteres det dessuten muntlig på konferanser og samlinger, og i form av prosessveiledning basert på kommunikativ planlegging. Det er Møreforskning Volda som er hovedansvarlig for prosessveiledningen, og denne er knyttet til Helse i plan og Partnerskapsordningen.

2.2 Om undersøkelsens univers

Folkehelsearbeid og planlegging er aktiviteter som er sentrale i alle kommuner. I hvilken grad de arbeider med å integrere folkehelse og planlegging som i Helse i plan, eller forsøker å samarbeide horisontalt og vertikalt ved hjelp av Partnerskapsmodellen, varierer. I forståelse med Helsedirektoratet har vi valgt å inkludere alle norske kommuner i undersøkelsen. I et komparativt perspektiv er dette interessant, fordi det gir muligheten til å sammenlikne kommunene som er med i et eller begge tiltakene med de kommunene som verken deltar i Helse i plan eller Partnerskap for folkehelse.

Spørreskjemaet ble sendt elektronisk til kommunenes postmottak, med oppfordring om å sende det videre til henholdsvis folkehelsekoordinator og kommuneplanlegger (eller personer med tilsvarende ansvarsområde). Planleggerne er hovedsakelig blitt spurt om integreringen av folkehelse i kommunale planer (Helse i plan), mens folkehelsekoordinator har blitt spurt om organiseringen av og innholdet i folkehelse tiltak (Partnerskap for folkehelse). På den måten fikk respondentene spørsmål som var mest mulig relevante for deres arbeidshverdag, samtidig som de fikk et mindre omfattende skjema enn om alle spørsmålene var blitt stilt til begge respondentene. Spørreskjemaene til disse to respondentgruppene har imidlertid enkelte identiske spørsmål, blant annet i forhold til koordinering og forankring i kommunen.

2.2.1 Hvor treffsikkert er undersøkelsesopplegget?

Framgangsmåten med å sende elektronisk spørreskjema til kommunens postmottak for at de skal sende det videre, har sine svakheter. For det første er det slik at postmottak kan ha sendt undersøkelsen til andre ansatte i kommunen enn de vi var ute etter. Der vi har fått henvendelse fra postmottak eller andre aktører i kommunen, kunne vi rette opp misforståelser. Men det er selvfølgelig ikke alle mottakere som har tatt bryet med å spørre oss dersom de har vært usikre. Postmottaket i mange kommuner mottar store mengder informasjon hver dag, de har ikke nødvendigvis anledning til å gi hver enkelt henvendelse en grundig gjennomgang. Besvarelsen på undersøkelsen kan derfor være gitt av andre enn for eksempel folkehelsekoordinatoren, selv om kommunen har en ansatt i denne stillingen.

Siden vi forutså dette, valgte vi å spørre respondentene både om hvilken stilling de har selv, og om kommunen har en folkehelsekoordinator. Vi kunne selvfølgelig ha satt sammen en liste over alle folkehelsekoordinatorer og kommuneplanleggere eller tilsvarende og sendt spørreskjemaet til dem direkte. Å samle inn slik informasjon er imidlertid svært tidkrevende, ettersom det ikke eksisterer en komplett liste verken

over landets kommuneplanleggere og folkehelsekoordinatorer/kommuneleger. For å redusere tidsbruken valgte vi, tross utfordringene, å sende spørreskjemaet til postmottak.

Svarprosenten på undersøkelsen er god. Av Norges 430 kommuner har 301 folkehelsekoordinatorer og 322 kommuneplanleggere besvart undersøkelsen. Dette er en svarprosent på henholdsvis 70 og 75 prosent. Ikke alle respondentene har svart på hele skjemaet. Blant folkehelsekoordinatorene har 239 respondenter (80 %) besvart alle spørsmålene, mens 62 respondenter (20 %) kun har besvart deler av spørsmålene. Blant kommuneplanleggerne har 207 (64 %) besvart hele undersøkelsen, mens 116 (36 %) kun har besvart noen av spørsmålene. Dette betyr at N i tabellene vil variere noe avhengig av hvor mange som har svart på det enkelte spørsmål.

2.2.2 Kommunenes størrelse

Vi har bedt respondentene oppgi innbyggertallet til kommunen for å se hvordan vårt utvalg fordeler seg i forhold til den reelle fordelingen på størrelseskategorier til alle norske kommuner. Tabell 2.1 viser fordelingen i forhold til antall innbyggere blant kommunene som har svart på henholdsvis undersøkelsen til folkehelsekoordinatorer og planleggere, sett i forhold til alle norske kommuner.

Tabell 2.1 *Hvor mange innbyggere har kommunen? (Prosent, hele tall i parentes)¹*

Kommunestørrelse/antall innbyggere	Folkehelsekoordinatorer N=260	Planleggere N=241	Antall kommuner i kategorien N=430
Under 3 000	30 (78)	36 (86)	38 (162)
3 000 – 4 999	17 (43)	21 (50)	17 (73)
5 000 – 8 999	22 (56)	18 (43)	18 (77)
9 000 – 34 000	26 (68)	22 (52)	23 (97)
35-000 – 100 000	5 (13)	3 (7)	4 (16)
Over 100 000	1 (2)	1 (3)	1 (5)
Total	100 (260)	100 (241)	100 (430)

Hovedtrekk:

- Både kommunene som har svart på planleggerundersøkelsen og kommunene som har svart på folkehelsekoordinatorundersøkelsen fordeler seg nært opptil fordelingen blant alle norske kommuner i forhold til innbyggertall.
- Tre av de fem største kommunene har svart på planleggerundersøkelsen, mens to av de fem største har svart på undersøkelsen til folkehelsekoordinatorene.

¹ Antall kommuner i kategorien hentet fra kommunedatabasen og tilrettelagt ved Trine Myrvold, NIBR.

Detaljerte trekk:

- 14 % (folkehelsekoordinator) og 25 % (planlegger) av kommunene i undersøkelsen har valgt ikke å svare på spørsmålet om kommunens innbyggertall.

Til tross for noen avvik mener vi kommunene i utvalget kan sies å være representative for alle norske kommuner.

2.3 Deltakelse i Helse i plan og Partnerskap for folkehelse

Både kommuneplanleggerne og folkehelsekoordinatorerne har blitt spurt om deres kommune er med i Helse i plan. Kun folkehelsekoordinatoren ble spurt om kommunens deltakelse i Partnerskap for folkehelse fordi vi antok at planleggerne er lite kjent med dette tiltaket ettersom det er nærmest knyttet opp mot folkehelsearbeidet. I ettertid ser vi at det kunne vært interessant også å spørre kommuneplanleggeren om dette. Vi vil derfor vurdere å legge dette inn i neste runde av undersøkelsen. Å spørre respondentene om kommunens deltakelse i de to nasjonale satsingene gir informasjon om:

- *Antallet* kommuner i utvalget som er med i tiltakene
- Respondentenes *kjennskap* til tiltakene
- Eventuelle *forskjeller* mellom deltakende og ikke-deltakende kommuner

Her er fokus på antallet kommuner i utvalget som er med i tiltakene og kjennskapen til tiltakene. Når det konkrete arbeidet i kommunene behandles i kapittel 3 og 4, vil deltakende og ikke- deltakende kommuner sammenliknes. For å komprimere informasjonen har vi i forhold til forekomsten av Helse i Plan i kommunene valgt å sette svarene til planleggerne og folkehelsekoordinatorerne inn i samme tabell til tross for at resultatene altså kommer fra to ulike undersøkelser. Summene horisontalt går derfor ikke opp i 100.

Tabell 2.2 *Deltar kommunen i Helsedirektoratets utviklingsprosjekt "Helse i Plan"? Svar fra kommuneplanleggere (N=178) og folkehelsekoordinatorer (N=231) (Prosent, hele tall i parentes)*

Deltakelse i "Helse i plan"	Planlegger	Folkehelsekoordinator
Ja	15 (26)	16 (37)
Nei	44 (79)	58 (135)
Vet ikke	41 (73)	25 (59)
Total	100 (178)	100 (231)

Hovedtrekk:

- Helse i plan- kommunene er godt representert i utvalget.

Detaljerte trekk:

- En større andel kommuneplanleggere enn folkehelsekoordinatorer vet ikke om kommunen er deltaker i Helse i plan. Kombinert med svarprosenten som viser at færre planleggere enn koordinatorer har svart på spørsmålet, vitner dette om at planleggerne har mindre kjennskap til Helse i plan enn folkehelsekoordinatorene.

30 kommuner deltar nå i *Helse i Plan*. Ettersom prosjektet har utviklet seg og flere har kjennskap til det, kan flere enn de 30 kommunene ha startet arbeid med å integrere folkehelse i planleggingen. Dette *kan* være en forklaring på at 37 folkehelsekoordinatorer oppgir at de er med i Helse i plan, selv om prosjektet pr. dags dato omfatter 30 kommuner. I planleggerundersøkelsen oppgir 26 kommuner at de deltar i Helse i Plan. Her har vi med andre ord ikke truffet *alle* Helse i plan – kommunene, men en høy andel av dem.

Partnerskap for folkehelse involverer langt flere enn Helse i plan- prosjektet. Tabellen under viser hvor mange kommuner i utvalget som har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen. Helse i Plan- kommunene er lagt inn slik at tabellen viser et eventuelt overlapp mellom de to prosjektene.

Tabell 2.3 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Helse i plan- og partnerskapskommuner i utvalget N=230 (Prosent, hele tall i parentes)*

	Deltar kommunen i "Helse i Plan"?			Total
	Ja	Nei	Vet ikke	
Har kommunen inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen?				
Ja	84 (31)	61 (82)	36 (21)	58 (134)
Nei, men prosess for avtale er i gang	8 (3)	7 (10)	3 (2)	7 (15)
Nei	3 (1)	27 (36)	19 (11)	21 (48)
Vet ikke	5 (2)	5 (7)	41 (24)	14 (33)
Total	100 (37)	100 (135)	100 (58)	100 (230)

Hovedtrekk:

- 134 kommuner, eller 58 % av kommunene i undersøkelsen, har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen.
- 31 kommuner i utvalget er deltakere i både Helse i plan og Partnerskap for folkehelse. Dvs. at 84 % av Helse i plan- kommunene også deltar i Partnerskap med fylkeskommunen.
- Helse i plan er mindre kjent blant partnerskapskommunene enn Partnerskap for folkehelse er blant Helse i plan kommunene.

Når det gjelder kommunenes kjennskap til de to ordningene er det slik at 5 % av kommunene som deltar i Helse i plan ikke vet om kommunen deltar i Partnerskap for folkehelse, mens 36 % av partnerskapskommunene ikke vet om de deltar i Helse i plan. Denne forskjellen i kjennskap skyldes trolig at nær alle Helse i plan- kommunene også er partnerskapskommuner og dermed kjenner begge ordningene.

3 Lokale arbeidsmåter – organisering, koordinering og forankring

3.1 Innledning

For å lykkes med å integrere folkehelse i planleggingen, samt involvere regionale og lokale aktører i folkehelsearbeidet, er måten arbeidet organiseres på sentral. Både Helse i plan og Partnerskap for folkehelse handler om å integrere og involvere aktører som i mindre grad har arbeidet sammen tidligere. Siktemålet er bedre folkehelsearbeid gjennom koordinering og forankring i ordinære plan- og styringsdokumenter. Både planleggerne og ansvarlige for folkehelse som har deltatt i undersøkelsen har fått spørsmål om organisering, koordinering og forankring. Noen av spørsmålene har begge gruppene fått, mens andre spørsmål ble ansett for å være mer spesifikke for den enkeltes arbeidsfelt og ble derfor stilt til kun en av dem. Dette kapitlet gir innblikk i kommunenes personressurser til folkehelsearbeid og hvordan arbeidet er organisert og forankret, blant annet gjennom tverrsektorielt samarbeid, involvering av ulike fagenheter og politikere, samt etablering av partnerskapsavtaler på ulike nivåer.

3.2 Om respondentene og kommunenes personressurser på feltet

Data om respondentene i spørreundersøkelsene gir et bilde av kommunenes personressurser og hva slags stillingskategorier som er, eller ikke er, koblet opp mot planlegging og folkehelse spørsmål.

To aktører er helt sentrale i integreringen av folkehelse og planlegging på lokalt nivå; for det første kommunens *ansvarlige for kommuneplanlegging*, og for det andre kommunens *folkehelsekoordinator*, som er en nykommer i kommuneadministrasjonen. Regjeringen nedsatte et utvalg som utredet en styrking av folkehelsearbeidet i kommunene i 1997. I sin utredning lanserte utvalget ideen om å ansette en folkehelsekoordinator i rådmannens stab som kunne markere feltets tyngde og det sektorovergripende i folkehelsearbeidet (NOU 1998:18). Ordningen skulle være frivillig. Forslaget ble fulgt opp i folkehelsemeldingen (St. meld 16 2002-2003:76), hvor folkehelsekoordinatoren ble antatt å kunne fungere som ”lim” i det lokale folkehelsearbeidet ved å bidra til å ”... utløse lokalt engasjement, gi draghjelp til lokale aktiviteter og tverrsektorielt arbeid, og koordinere ulike aktørers innsats (ibid). Forventningen er at den administrative kapasiteten til å drive tverrsektorielt folkehelsearbeid vil øke.

Videre mente regjeringen at denne funksjonen bør være sentralt administrativt forankret og ha nærhet til det politiske nivået. Stimuleringsmidler fra Helsedirektoratet har siden 2004 blitt brukt bl.a. til folkehelsekoordinator-stillinger eller funksjoner (se kap. 1.1.2). Kommunene er imidlertid ikke pålagt å ha en egen folkehelsekoordinator. I en del tilfelle er andre stillinger tillagt ansvar for folkehelsearbeidet.

Kommuneplanleggeren har en lengre fartstid i norske kommuner enn folkehelsekoordinatoren. Med plan- og bygningsloven fra 1985 ble planlegging sett på som et redskap for utvikling av kommunesamfunnet på bred basis gjennom samordning av den fysiske, økonomiske, sosiale, estetiske og kulturelle utviklingen (PBL 1985, Falleth 2007:92). I takt med dette utviklet kommunene egen plankompetanse og baserte seg mindre på konsulenter enn de hadde gjort tidligere.

3.2.1 Folkehelsekoordinatoren

For å få et bilde av hvordan kommunene har fulgt opp signaler fra de nasjonale myndighetene når det gjelder å koordinere folkehelsearbeidet, og de administrative rammene koordinatorene opererer i på lokalt nivå, har vi valgt å undersøke:

- I hvilken grad kommunene har en folkehelsekoordinator
- Hvilke aktører som innehar stillingen
- Hvor i administrasjonen stillingen er plassert
- Hvilken kapasitet folkehelsekoordinatoren har til å drive folkehelsearbeid.

Det er ingen utdannelse eller bakgrunn som gjør en direkte kvalifisert til å arbeide som folkehelsekoordinator. Tanken er at stillingen skal bidra til bedre samordning og øke kommunens administrative kapasitet til å drive folkehelsearbeid. Ansvarlige for folkehelse i kommunen ble spurt om det finnes en folkehelsekoordinator i kommunen og om respondenten innehar denne stillingen. Tabell 3.1 viser kommunenes fordeling på dette spørsmålet.

Tabell 3.1 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Finnes det en folkehelsekoordinator i kommunen? N=255(Prosent, hele tall i parentes)*

Ja, og jeg har denne funksjonen	48 (121)
Ja, men en annen har denne funksjonen	14 (35)
Nei	35 (89)
Vet ikke	4 (10)
Total	100 (255)

Hovedtrekk:

- 62 % av kommunene har en folkehelsekoordinator.
- 121 (48 %) av respondentene, er selv folkehelsekoordinator.
- 35 % av kommunene har ikke en folkehelsekoordinator, mens 4 prosent ikke vet om de har noen i denne funksjonen.

46 respondenter har valgt ikke å svare på dette spørsmålet. Det er grunn til å tro at disse ikke kjenner til denne stillingskategorien eller ikke selv er folkehelsekoordinator. Om vi tar med disse 46 i utregningsgrunnlaget, er det likevel slik at over halvparten av kommunene i undersøkelsen (51 %) har folkehelsekoordinator. Vi har ikke truffet alle disse i undersøkelsen. I 23 % av kommunene som har en folkehelsekoordinator har *andre* besvart undersøkelsen. Dette kan skyldes at undersøkelsen har gått via postmottak og derfor ikke har truffet den ønskede respondentgruppen. En annen mulighet er at folkehelsekoordinatorens overordnede har besvart undersøkelsen slik at dette ikke betyr at undersøkelsen har endt opp i feil hender, men blitt overlatt til den ansvarlige for folkehelsearbeidet

Tabell 3.2 viser respondentenes stilling i kommunen, mens tabell 3.3 viser hvor mye tid den enkelte har til å drive folkehelsearbeid.

Tabell 3.2 *Hvilken stilling har du i kommunen? N=258*

Respondenter i folkehelsekoordinatorundersøkelsen	Prosent (hele tall i parentes)
Rådmann/Assisterende rådmann	1 (2)
Kommunalsjef, ansv. folkehelse	9 (22)
Rådgiver (Helse/miljø/Plan)	6 (15)
Kommuneoverlege/kommunelege1 og 2	32 (82)
Helsesøster	9 (23)
Sykepleier	1 (2)
Fysioterapeut	4 (9)
Jordmor	0 (1)
Frisklivsansvarlig	1 (3)
Lærer	1 (2)
Ungdomsleder	0 (1)
Kulturkonsulent	2 (6)
Annet	35 (90)
Total	100 (258)

Hovedtrekk:

- Det vanligste er at kommune(over)legen har folkehelsekoordinator-funksjonen; 32% av respondentene tilhører kategorien ”Kommuneoverlege eller kommunelege 1 og 2”.
- Kategorien ”annet” er den største kategorien (35 %), noe som forsterker bildet av at folkehelsekoordinatorfunksjonen er lagt til en rekke ulike stillinger.
- Detaljerte trekk:
- Så nær som alle respondenter i kategorien ”annet” er involvert i forebyggende og helserelatert arbeid
- Største gruppen i kategorien ”annet” er enten folkehelsekoordinator på hel tid, eller er folkehelsekoordinator kombinert med andre oppgaver som enhetsleder, planlegger, ulike typer konsulent og lignende.

Tabell 3.3 *Hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid er satt av til å drive folkehelsearbeid?*
N=155. Prosent (hele tall i parentes)

Tid til folkehelsearbeid	Prosent (hele tall i parentes)
Ingen konkret	18 (28)
Under 20 %	15 (23)
20-40 %	30 (47)
41-60 %	19 (29)
61-80 %	1 (2)
Over 80 %	1 (1)
100 %	14 (21)
Vet ikke	3 (4)
Total	100 (155)

Hovedtrekk:

- 14 % av kommunene har folkehelseansvarlige som kan drive folkehelsearbeid på full tid.
- I 1/5 av kommunene har folkehelseansvarlig avsatt mellom 40 og 60 % av tiden til folkehelsearbeid, mens en i nesten 1/3 av kommunene har mellom 20 og 40 %- stilling som folkehelsekoordinator. Under 20 % av tiden til folkehelsearbeid, eller ingen definert brøk, er det 1/3 av kommunene som oppgir.

Av de som har besvart undersøkelsen som gikk til folkehelsekoordinatoren eller tilsvarende, er de aller fleste forankret i helsesektoren. Videre er det slik at mange har kombinerte stillinger, og folkehelsekoordinator-oppgavene kan flyte over i for eksempel lederoppgavene en driver med. I 18 % av kommunene er heller ikke tidsbruken konkretisert. Om kommunene har tilstrekkelig administrativ kapasitet til å imøtekomme regjeringens forventninger er et åpent spørsmål. Likevel er det interessant at så vidt mange kommuner har valgt å ansette en slik koordinator eller avsette tid til denne funksjonen. På den annen side har det vært mulig å få stimuleringsmidler til dette.

3.2.2 Kommuneplanleggeren

I motsetning til folkehelsekoordinatoren, har kommuneplanleggere eksistert i norske kommuner i flere tiår. Planlegging er også et eget fag på høgsolenivå, noe som gir planleggere et mer homogent faglig grunnlag enn folkehelsekoordinatorene. Tabellen under viser hvilken stilling respondentene i kommuneplanlegger- undersøkelsen har.

Tabell 3.4 *Kommuneplanlegger-undersøkelsen: Hvilken stilling har du i kommunen? N=223*

Respondenter i kommuneplanlegger-undersøkelsen	Prosent (hele tall i parentes)
Rådmann/Assisterende rådmann	10 (22)
Kommunalsjef, ansv. planlegging	17 (37)
Kommuneplanlegger/plankonsulent	36 (81)
Miljøvernleder/-rådgiver/-konsulent	5 (10)
Rådgiver samfunnsutvikling	7 (16)
Annet, utdyp	26 (57)
Total	100 (223)

Hovedtrekk:

- Kommuneplanleggerne er den største respondentgruppen i undersøkelsen. 36 % av de 223 som har besvart spørsmålet oppgir at de arbeider som kommuneplanlegger i kommunen.
- Til sammen har 74 % av respondentene en stilling som gjør dem ansvarlig for, eller involvert i kommuneplanleggingen slik vi ser av fordelingen på de fem stillingskategoriene i skjemaet.
- Ved analyse av stillingskategoriene oppgitt under kategorien ”annet” finner vi at 28 (13 % av respondentene totalt) kan kategoriseres som enten involvert i, eller ansvarlig for kommunens planlegging.

Detaljerte trekk:

- 20 (9 % av respondentene totalt) i kategorien ”annet” kan kategoriseres som ansvarlige for, eller involvert i folkehelsearbeidet.
- De resterende 9 respondentene (4 % av respondentene totalt) i denne kategorien er vanskelig å plassere i en klar kategori enten fordi det ikke går fram av tittelen deres hva de jobber med, eller fordi de jobber med områder som ikke umiddelbart kan kobles til planleggingsvirksomhet.

3.3 Tverrsektoriell integrering

Folkehelsearbeid er avhengig av samarbeid på tvers av samfunnets sektorer for å lykkes. Faktorer og forhold som forebygger sykdom og fremmer helse er i stor grad å finne utenfor helsesektoren; når skattesystemet utformes, gjennom tiltak for å hindre frafall fra videregående skole, gjennom befolkningens aktivitetsnivå og livsstil, etc.

Vi har spurt både planleggerne og folkehelsekoordinatorene om hyppigheten av ulike tverrsektorielle tiltak i deres kommune. Begge grupper er også spurt om de deltar i Helse i plan. Spørsmål om partnerskapsarbeidet er imidlertid kun rettet til folkehelsekoordinatorene. Først viser vi i hvilken grad kommunene etablerer tverrfaglige samarbeidsgrupper. Deretter sammenlikner vi Partnerskapskommuner og Helse i plan- kommuner med hensyn til hvilke enheter/avdelinger de involverer i

tverrsektorielle samarbeidsgrupper. Til slutt vil vi se i hvilken grad politikerne trekkes inn i det tverrsektorielle arbeidet.

3.3.1 Tverrfaglig samarbeid

Det er et mål for folkehelsepolitikken at folkehelsemål skal forankres også utenfor helsesektoren. Ett tiltak er å etablere samarbeidsgrupper i kommuneadministrasjonen hvor representanter fra ulike fag samarbeider om kommunens folkehelsemål. Etableringen av slike grupper kan være et uttrykk for om kommunene lykkes med å forankre folkehelsearbeidet også utenfor helsesektoren. Tabell 3.5 viser i hvilken grad Helse i plan- kommunene har etablert tverrfaglige samarbeidsgrupper i sin kommune, mens tabell 3.6 viser etableringen av slike grupper i partnerskapskommuner.

Tabell 3.5 *Folkehelsekoordinator- undersøkelsen: Deltar kommunen i Helsedirektoratets utviklingsprosjekt "Helse i Plan"? Har kommunens administrasjon tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet? N=229 (prosent, bele tall i parentes)*

	Har kommunens administrasjon tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet?				Total
	Ja	Nei	Etablering av slike grupper diskuteres	Vet ikke	Ja
Deltar kommunen i Helse- direktoratets utviklingsprosjekt "Helse i Plan"?					
Ja	62 (23)	14 (5)	24 (9)	0 (0)	100 (37)
Nei	47 (63)	37 (49)	16 (21)	1 (1)	100 (134)
Vet ikke	40 (23)	36 (21)	12 (7)	12 (7)	100 (58)
Total	48 (109)	33 (75)	16 (37)	4 (8)	100 (229)

Hovedtrekk:

- 48 % av kommunene i utvalget totalt har tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet
- 62 % av Helse i plan- kommunene har etablert slike tverrfaglige samarbeidsgrupper

Detaljerte trekk:

- 47 % av kommunene som ikke deltar i Helse i plan har tverrfaglige samarbeidsgrupper

I tabell 3.6 presenteres sammenhengen mellom deltakelse i Partnerskap for folkehelse og etableringen av tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet på bakgrunn av undersøkelsen sendt til folkehelsekoordinatorene.

Tabell 3.6 *Folkehelsekoordinator- undersøkelsen: Har kommunen inngått partnerskapsavtale for folkehelse med fylkeskommunen? Har kommunens administrasjon tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet? N=231 (prosent, hele tall i parentes)*

		Har kommunens administrasjon tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet?				Total
		Ja	Nei	Etablering av slike grupper diskuteres	Vet ikke	
Har kommunen inngått partnerskapsavtale for folkehelse med fylkeskommunen?	Ja	65 (88)	16 (22)	18 (24)	1 (1)	100 (135)
	Nei, men prosess for avtale er i gang	13 (2)	33 (5)	53 (8)	0 (0)	100 (15)
	Nei	22 (11)	74 (36)	4 (2)	0 (0)	100 (49)
	Vet ikke	31 (10)	41 (13)	9 (3)	19 (6)	100 (32)
Total		48 (111)	33 (76)	16 (37)	3 (7)	100 (231)

Hovedtrekk:

- Partnerskapskommuner har i sterkere grad enn andre kommuner etablert tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet

Detaljerte trekk:

- 48 % av kommunene totalt har tverrfaglige samarbeidsgrupper
- 65 % av kommunene som har inngått partnerskaps avtale med fylkeskommunen har tverrfaglige samarbeidsgrupper
- 35 % (nei + nei prosess i gang) av de som ikke er partnerskapskommuner har tverrfaglige samarbeidsgrupper.

Undersøkelsen viser altså at deltakerne i Helse i plan og Partnerskap for folkehelse skiller seg positivt ut i forhold til tverrfaglig samarbeid på folkehelseområdet. Om dette er et utslag av deltakelsen i disse tiltakene eller om de allerede hadde et fokus på slikt samarbeid allerede før de ble med i de to prosjektene, sier undersøkelsen ingenting om. Å arbeide på tvers utgjør et kjerneelement i folkehelsearbeidet. Det er derfor gledelig, men ikke oppsiktsvekkende, at kommuner som er engasjert i dette arbeidet har et slikt fokus. Tverrfaglig samarbeid kan foregå både innenfor og på tvers av ulike etater og enheter. I folkehelsearbeidet er målet å ansvarliggjøre og aktivisere andre sektorer enn helsesektoren fordi mye av nøkkelen til både sykdomsforebygging og helsefremme ligger der. Vi har derfor ønsket å se nærmere også på kommunens tverrfaglige arbeid i undersøkelsen.

3.3.2 Hvilke enheter/avdelinger involveres i folkehelsearbeid?

De kommunene som svarte at de hadde tverrfaglige arbeidsgrupper ble også spurt om hvilke enheter/avdelinger som er involvert i disse gruppene. Respondentene ble presentert for definerte enheter/avdelinger, men de bør likevel gi et uttømmende bilde av den kommunale organiseringen. Resultatene baserer seg på svarene fra ansvarlige for folkehelse i kommunen. Som vist over har de fleste Helse i plan-kommunene også inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen. Her velger vi å sammenlikne Helse i plan - kommunene med de andre kommunene i utvalget. I forhold til dette spørsmålet følger partnerskapskommunene i stor grad mønsteret til kommunene som ikke deltar i Helse i Plan.

Tabell 3.7 *Folkehelsekoordinator- undersøkelsen: Hvilke enheter/ avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper? N=109 (Prosent, hele tall i parentes).*

Involverte aktører/enheter	Helse i plan-kommuner	Andre	Prosent-differanse
Rådmann/rådmannens stab	65 (15)	48 (30)	17
Enhet/avd. for helse	91 (21)	94 (59)	-3
Enhet/avd. for plan	65 (15)	30 (19)	35
Enhet/avd. for kultur	74 (17)	69 (43)	5
Enhet/avd. for skole	74 (17)	71 (45)	3
Enhet/avd. for barnehage	48 (11)	41 (26)	7
Enhet/avd. for sosial virksomhet	30 (7)	48 (30)	-18
Enhet/avd. for pleie og omsorg	48 (11)	50 (31)	-2
Enhet/avd. for psykisk helse	48 (11)	56 (35)	-8
Enhet/avd. for teknisk	48 (11)	35 (22)	13

Hovedtrekk:

- Over 90 % av både Helse i plan- kommunene og andre kommuner involverer enhet/avdeling for helse.
- Omkring 70 % av kommunene involverer enhet/avdeling for skole og enhet/avdeling for kultur. Det betyr at skole og kultur er de fagfeltene utenfor helsesektoren det er mest vanlig å involvere. Det er ingen store forskjeller mellom Helse i plan – kommuner og andre kommuner i dette.
- Det er mer vanlig å involvere rådmannen/rådmannens stab i tverrfaglige samarbeidsgrupper blant Helse i plan- kommunene enn blant andre kommuner
- Den største forskjellen ligger i at planavdeling er klart mer med i tverrfaglig folkehelsearbeid i Helse i plan – kommuner. Teknisk avdeling er også mer med her.
- Et interessant funn er at det er mer vanlig å involvere enhet for sosial virksomhet og enhet for psykisk helse i ikke-deltakende kommuner enn i Helse i plan – kommuner.

Enhet/avdeling for helse er den aktøren som nevnes hyppigst av kommunene som deltaker i tverrsektorielle samarbeidsgrupper på folkehelseområdet. Med folkehelsearbeidets tradisjonelle forankring i helsesektoren er dette et forventet resultat. Helse i plan- kommunenes involvering av planleggerne kan tyde på at disse kommunene langt på vei har lyktes med å skape felles arenaer for planleggere og folkehelsearbeidere. I tillegg synes det som om de har lyktes bedre med å forankre folkehelsearbeidet hos den sentrale ledelsen i kommunen. Helse i plan- kommunene trekker fram rådmannen eller hans stab som en like hyppig deltaker i tverrsektorielle samarbeidsgrupper som representanter for planavdelingen. Etersom det er grunn til å anta at en viktig forutsetning for å fremme folkehelsearbeid er forankring i de ordinære planene i kommunen, samt involvere den sentrale ledelsen, så ser det ut til at Helse i plan- konseptet kan være en fruktbar vei å gå. I den videre studien er det derfor interessant å undersøke om nasjonale myndigheters strategi i forhold til å forankre folkehelsearbeidet i kommuneplanen har gitt det ønskede resultatet, nemlig å flytte folkehelsearbeidet høyere opp på den politiske agendaen i kommunen og dermed øke bevisstheten omkring folkehelse spørsmål.

Det er imidlertid grunn til å rette oppmerksomheten mot det funn at noen enheter eller avdelinger på helse- og sosialfeltet er *mindre* med i tverrsektorielt folkehelsearbeid i Helse i plan – kommuner enn i kommuner generelt. Dette gjelder som nevnt enhet for sosial virksomhet og enhet for psykisk helse. Er dette et uttrykk for at koplingen til plan bidrar til å flytte fokus noe bort fra grupper i befolkningen som er særlig utsatt? En av de store utfordringene i folkehelsearbeidet er å utjevne sosiale forskjeller i helse. Dette er spesielt vektlagt i de nasjonale satsingene, mens det på lokalt plan synes å være vanskeligere å definere og utforme tiltak som kan settes inn for å redusere de sosiale ulikhetene. En forutsetning for å få til dette vil kanskje være å trekke enhetene for sosial virksomhet og psykisk helse mer med i helsefremmende tiltak og forebyggingsarbeid, som er kjernen i dette arbeidet? Disse funnene kan også være et uttrykk for at det lokale folkehelsearbeidet i stor grad retter seg mot befolkningen som helhet (eller bestemte aldersgrupper), mer enn mot spesielt utsatte grupper. Både i Helse i plan – kommuner og i kommuner generelt er for eksempel enhet for skole oftere med i folkehelsearbeidet enn enhetene på helse- og sosialsektoren. Det må imidlertid poengteres at utvalget Helse – i plan-kommuner er lite i forhold til alle de øvrige kommunene, noe som innebærer at antallsmessig små variasjoner kan gi relativt store prosentvise forskjeller. Den kvalitative delen av undersøkelsen vil gi mer innsikt i det faktiske innholdet i samarbeidsrelasjoner, både vektleggingen av de ulike folkehelse temaene og hvilke implikasjoner det tverrsektorielle arbeidet har.

For øvrig er det interessant å se skolens og kultursektorens rolle i folkehelsearbeidet. At skolen trekkes inn kan være et uttrykk for kommunenes forebyggingsstrategier i forhold til barn og unge med sikte på å etablere gode vaner og forebygge sykdom på et tidlig tidspunkt.

Disse spørsmålene belyses nærmere i kapittel 4, hvor temaer og målgrupper i folkehelsearbeidet behandles.

3.4 Involvering av politikere

I siste instans er kommunens politikere ansvarlige for å stake ut kursen for folkehelsearbeidet og hvilke folkehelse tiltak som skal iverksettes. Dette gjøres formelt gjennom å vedta planer og budsjetter i kommunestyret. Samtidig har politikere en mulighet til å forme arbeidet gjennom mer uformelle mekanismer. For å få et bilde av politikernes deltakelse på slike arenaer, har kommunene fått spørsmålet: *Deltar politikere i prosjekt-/ utredningsgrupper på folkehelseområdet?*

Av de 233 kommunene som har svart på dette spørsmålet inkluderer 77 kommuner, altså 33 %, politikere i prosjekt-/ utredningsgrupper på folkehelseområdet. Av disse er 20 kommuner (26 %) deltakere i Helse i plan, mens 49 kommuner (64 %) har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen. Vi har tidligere sett at en stor andel av Helse i plan kommunene også er partnerskapskommuner. Et forsiktig anslag er derfor at partnerskaps- og Helse i plan kommunene til sammen utgjør 64 % (49 av 77) av kommunene som involverer politikere i prosjekt- /utredningsgrupper. I sluttrapporten vil vi ha anledning til å gå dypere inn i disse tallene.

Hvis vi ser på fordelingen innenfor hver av de to gruppene kommuner, finner vi at 54 % av de 37 kommunene som har oppgitt å delta i Helse i Plan involverer politikere i prosjekt- / utredningsgrupper på folkehelseområdet. Blant partnerskapskommunene utgjør de 49 kommunene som har involvert politikere 36 % av partnerskapskommunene i utvalget (136). Partnerskapskommunene skiller seg dermed ikke nevneverdig fra det generelle bildet i forhold til denne variabelen, mens andelen Helse i Plan- kommuner som involverer politikere er høyere enn for kommunene ellers. Dette *kan* være en indikasjon på at ambisjonen om å løfte folkehelseutfordringen ”ut” av helsesektoren og inn i kommunens generelle arbeid ved hjelp av kommunal planlegging medfører en sterkere involvering og oppmerksomhet om folkehelsearbeidet fra politikernes side. På den annen side sier ikke våre funn noe om det allerede var etablert prosjekt- /utredningsgrupper hvor politikere tok del før kommunene ble med i Helse i Plan. Det kan ha vært nettopp dette engasjementet som førte dem inn i Helse i Plan- prosjektet!

3.5 Involvering av ansvarlige for folkehelse i planprosesser

Til nå har vi sett på forekomsten av tverrfaglige grupper og hvilke aktører som involveres i disse. Planprosesser engasjerer og involverer mange ulike aktører, men koordineres og utformes av kommuneplanleggeren. I hvilken grad trekkes ansvarlige for folkehelse inn i slike planprosesser? Her sammenliknes Helse i Plan- kommuner med kommunene i utvalget som ikke deltar i Helse i plan.

Tabell 3.8 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Involvering av fagsvarlige for folkehelse i utforming av kommunale planer N=226 (Prosent, hele tall i parentes)*

Involvering	Helse i plan-kommuner	Andre kommuner	Totalt
I svært stor grad	14 (5)	3 (6)	5 (11)
I stor grad	37 (13)	9 (18)	14 (31)
I noen grad	31 (11)	50 (96)	47 (107)
I liten grad	14 (5)	28 (54)	26 (59)
Ikke i det hele tatt	3 (1)	5 (9)	4 (10)
Vet ikke	0 (0)	4 (8)	4 (8)
Totalt	100 (35)	100 (191)	100 (226)

Hovedtrekk:

- I omlag halvparten av Helse i Plan- kommunene involveres folkehelseansvalige i svært stor eller stor grad
- I andre kommuner oppgir hoveddelen av kommunene at ansvarlige for folkehelse involveres i noen eller liten grad.

Dette funnet understreker de tidligere funnene i forhold til organiseringen av folkehelsearbeidet; nemlig at Helse i plan kommunene vektlegger å arbeide på tvers gjennom å knytte politikere, rådmenn, planleggere og folkehelseansvalige tettere sammen. Både i folkehelsearbeidet generelt, men også som her i arbeidet med kommunal planlegging. For å få et mer nyansert bilde av folkehelseansvarliges involvering i utformingen av kommunale planer, har kommunene også blitt bedt om å markere *hvilke typer* planer folkehelseansvalige involveres i.

Tabell 3.9 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: involvering etter plantyper N=208 (Prosent, hele tall i parentes)²*

Involvering og plantype	Helse i plan-kommuner	Andre	Prosent-differanse
Planprogram/-strategi	35 (12)	23 (28)	12
Kommuneplanens samfunnsdel	77 (26)	54 (66)	23
Kommuneplanens arealdel	47 (16)	35 (43)	12
Økonomiplan	32 (11)	29 (36)	3
Del-/sektor-/handlings-/temaplan	77 (26)	68 (84)	9
Reguleringsplan	41 (14)	25 (31)	16
Konsekvens- utredning	32 (11)	21 (26)	11

² Tabellen summerer ikke til 100 fordi det var mulig å krysse av på flere svaralternativer

Hovedtrekk:

- I Helse i Plan- kommunene involveres folkehelseansvarlige i større grad i kommunal planlegging.
- Relativt sett er det Kommuneplanens samfunnsdel og handlingsplaner/delplaner/ sektorplaner som folkehelseansvarlige involveres mest i. Dette gjelder for både deltakende og ikke-deltakende kommuner.
- I Helse i Plan- kommuner involveres imidlertid folkehelseansvarlige like mye i kommuneplanens samfunnsdel som i handlingsplaner/delplaner/ sektorplaner. I disse kommunene er det dessuten tydelig at intensjonen om bidra inn i kommuneplanens samfunnsdel langt på vei er oppfylt; dette er vanligere enn det er i de øvrige kommunene.

3.6 Lokal kompetanseutvikling

En av hovedmålsetningene med Helse i plan er å bidra til å bygge opp plan- og prosesskompetanse i helsesektoren. Tanken er at aktører som arbeider med folkehelse spørsmål skal bli bedre til å kanalisere sin kunnskap om folkehelsestatus og – utfordringer inn i de generelle plan- og styringsprosessene og dermed bidra til å øke oppmerksomheten om folkehelsearbeid i kommunen. Det er derfor interessant å se i hvilken grad de deltakende kommunene har satt i gang tiltak for å øke denne typen kompetanse. Både folkehelsekoordinatorerne og planleggerne er spurt om noen av kommunens ansatte de siste to åra har deltatt i interne eller eksterne kompetanseutviklingstiltak innen folkehelse og planlegging. Respondentene kunne krysse av for følgende type tiltak:

- Planlegging/planprosesser
- Folkehelsepolitikk og policyutforming
- Konkrete folkehelse tema
- Annet

Tabell 3.10 viser svarene i folkehelsekoordinatorundersøkelsen.

Tabell 3.10 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Deltakelse i kompetanseutvikling de to siste årene. N= 231 (Prosent, hele tall i parentes)*³.

Kompetanseutviklingstiltak	Helse i plan-kommuner	Andre
Plan- og prosess	65 (24)	30 (40)
Folkehelsepolitikk og policyutforming	32 (12)	25 (25)
Konkrete folkehelse tema	60 (22)	61 (82)
Annet	8 (3)	5 (7)
Nei	0 (0)	16 (22)
Vet ikke	11 (4)	13 (18)

Hovedtrekk:

- Nesten 2/3 av folkehelseansvarlige i Helse i plan – kommuner har deltatt i kompetanseutvikling om plan og planprosesser. I andre kommuner er det tilsvarende tallet under 1/3. Tallet illustrerer for så vidt at slik kompetansebygging er ett av to hovedformål med Helse i plan – prosjektet
- Kompetanseutvikling blant folkehelseansvarlige på konkrete folkehelse tema har vært relativt stor, omkring 60 %, i alle typer kommuner. Her skiller ikke Helse i plan- kommuner seg ut.

Disse dataene viser at det er spesielt planlegging og planprosesser som har vært fokusert i Helse i plan – kommuner. Det mest interessante er kanskje at kompetansebygging på konkrete folkehelse tema faktisk er relativt utbredt i norske kommuner; så mange som 60 % oppgir dette har funnet sted i løpet av de to siste åra. Folkehelsepolitikk og policyutforming er derimot mindre vanlige å ha kompetansebyggende tiltak på, selv om dette også foregår. Nå kan svaralternativene på dette spørsmålet karakteriseres som grove sekkebetegnelser, og de kan derfor romme diverse tematikker som dels er overlappende. Men det er likevel grunn til å spørre om politikk- og policyutforming ikke bør gis mer oppmerksomhet sett på bakgrunn av behovet for strategisk satsing på folkehelsefeltet. Spesielt kan dette være påkrevd for å klare å sikre at visjoner og målsettinger i kommuneplanens samfunnsdel følges opp med mer forpliktende forankring i kommuneplanens arealdel, delplaner, eller i økonomiplanen.

3.7 Partnerskap for folkehelse

St.meld nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge* lanserte partnerskap for folkehelse som en arbeidsform som skal bidra til en systematisk og forpliktende samarbeid mellom relevante aktører på regionalt og lokalt nivå. Partnerskap er ment å være tverrfaglig og sektorovergripende, og både stat, fylker, kommuner og frivillig sektor er partnere som skal dra i samme retning. Deltakende aktører arbeider for

³ Tabellen summerer ikke til 100 fordi det var mulig å krysse av på flere alternativer

sammenfallende mål, men har ulike roller og ansvar. Partnerskapsmodellen innebærer en skriftlig og forpliktende avtale mellom partene, og samarbeidsavtaler kan opprettes både horisontalt og vertikalt.

Tre typer avtaler er aktuelle:

- a) mellom fylkeskommunen og andre aktører på fylkesnivå
- b) mellom fylkeskommunen og kommunene
- c) mellom kommunen og andre aktører lokalt

Spørsmålene om partnerskapsarbeidet i surveyen er rettet til folkehelsekoordinatoren. Vi antar at kommuneplanleggerne i mindre grad har kunnskap om eller er involvert i dette arbeidet og at spørsmålene derfor ville være mindre relevante for dem. Om de deltar i partnerskapsarbeidet og eventuelt på hvilken måte, har vi derfor vurdert som et spørsmål for den kvalitative delen av følgeevalueringen. I dette kapitlet vil organiseringen og forankringen av partnerskapsmodellen belyses. Det tematiske innholdet i partnerskapsarbeidet presenteres i kapittel 4.

Helsedirektoratet har siden 2004 tildelt stimuleringsmidler som skal bidra til økt aktivitet på fylkes- og kommunenivå (se kap. 1.1.2). Stimuleringsmidlene utgjorde i 2008 30,4 mill.kr. Vi spurte hva stimuleringsmidlene brukes til lokalt i kommunene: om lag $\frac{3}{4}$ oppgir at de går til folkehelse tiltak i regi av kommunen, mens $\frac{2}{3}$ (også) bruker dem til aktiviteter i regi av frivillige organisasjoner og private aktører. Like mange oppgir at midlene går til finansiering av folkehelsekoordinator, mens $\frac{1}{3}$ bruker stimuleringsmidler til kompetanseheving.

3.7.1 Partnerskap mellom kommune og fylkeskommune

Helsedirektoratet stiller krav om at kommunene skal slutte seg til partnerskapsavtalen med fylkeskommunen gjennom et *politisk vedtak* i kommunen. Vi har spurt de 134 kommunene i vårt datamateriale som oppgir at de har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen om avtalen er forankret politisk i form av et formelt vedtak. Undersøkelsen viser at dette er tilfellet for hoveddelen av kommunene. Kun 5 % av Partnerskapskommunene svarer at partnerskapsavtalen ikke er politisk behandlet i kommunen.

Respondentene (også de som ikke har inngått partnerskapsavtale) har også fått spørsmål om på hvilken måte fylkeskommunen bidrar til det lokale folkehelsearbeidet. Tabell 3.11 viser svarene fra deltakere og ikke- deltakere i partnerskap for folkehelse på dette spørsmålet. Respondenter som ikke vet om de har inngått partnerskapsavtale med fylkeskommunen er utelatt her.

Tabell 3.11 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: På hvilken måte bidrar fylkeskommunen til det lokale folkehelsearbeidet N=202 (Prosent, hele tall i parentes)*⁴

		Veiledning og rådgivning	Skolering og kompetansebygging	Samlinger + nettverksbygging	Bidrar ikke	Vet ikke
Partnerskapskommuner	Ja N=138	80 (110)	62 (86)	92 (127)	2 (3)	0 (0)
	Nei N=64	41 (26)	27 (17)	30 (19)	27 (17)	23 (15)

Hovedtrekk:

- Fylkeskommunen bidrar i stor grad til oppbygging av det lokale folkehelsearbeidet og kompetanse på feltet i partnerskapskommunene.
- Kommuner uten partneskapsavtale synes å ha langt mindre kontakt med fylkeskommunen. (Et forbehold må tas her siden denne kategorien kommuner består av ganske få, og tilfeldige variasjoner kan gi store prosentvise utslag).

Detaljerte trekk:

- De viktigste arenaene for kontakt mellom fylkeskommunen og partnerskapskommunene er ”samlinger og nettverksbygging” og ”veiledning og rådgivning”.
- At det er aktive partnerskap mellom kommuner og fylkeskommuner dokumenteres ved at 80 % av partnerskapskommunene oppgir at fylkeskommunen bidrar til det lokale arbeidet ved at de gir veiledning og rådgivning i folkehelse spørsmål, og hele 92 % oppgir at fylkeskommunen arrangerer samlinger og driver nettverksbygging. De tilsvarende prosenttallene for kommuner uten slik avtale er hhv. 41% og 30%. Dette må bety at fylkeskommunene på dette feltet er aktive i sin rolle som utviklingsaktører, noe som sannsynligvis har betydning for kommunene som nå er i en fase der nye grep skal tas og tiltak utformes og iverksettes, samtidig som nye samarbeidspartnere skal involveres og engasjeres i folkehelsestrategiske prosesser. Fylkeskommunen bidrar i form av skolering og kompetansebygging i 62 % av partnerskapskommunene.

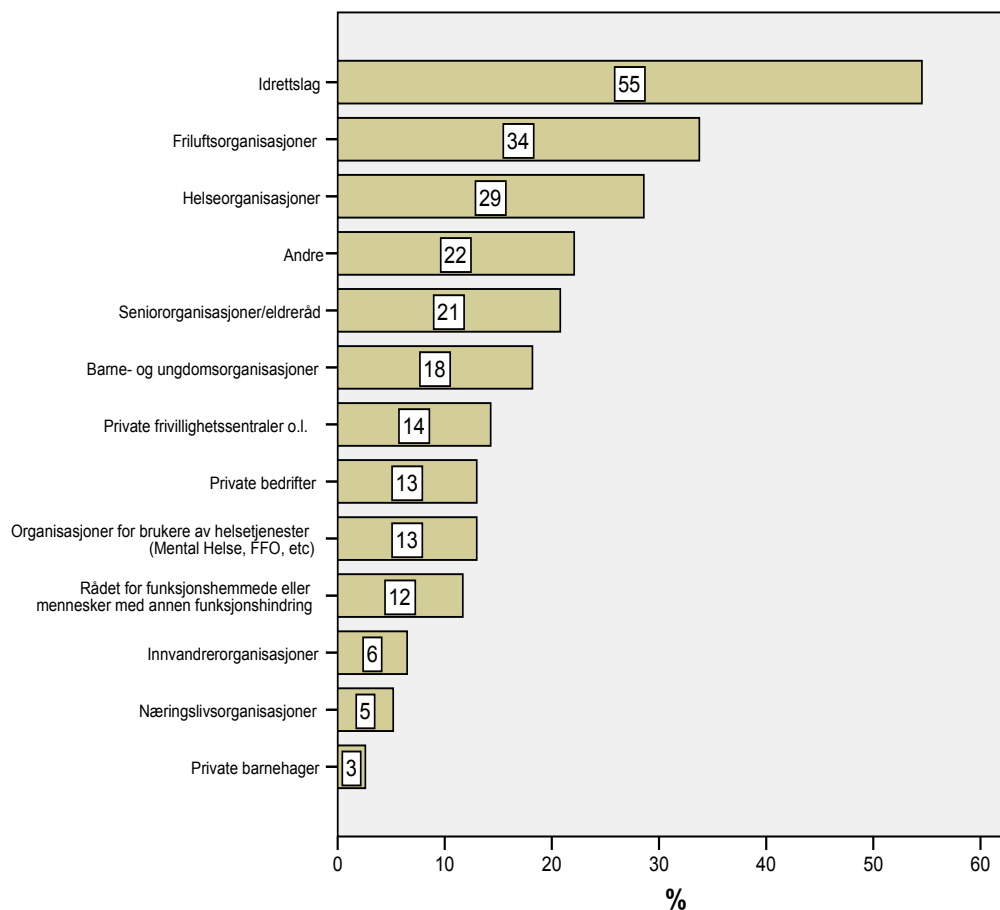
3.7.2 Partnerskap mellom kommunen og lokale aktører

Partnerskap etableres ikke kun mellom fylkeskommunen og kommuner. Noen kommuner tar også initiativ til lokale partnerskap hvor kommunen og andre lokale aktører deltar. Kommunene som har oppgitt å ha partnerskapsavtale med fylkeskommunen ble også spurt om det er etablert lokale partnerskap for folkehelse i kommunen. 52 kommuner, eller 39 % av partnerskapskommunene i vårt materiale, oppgir å ha etablert *lokale* partnerskap. I tillegg oppgir 9 kommuner som ikke har

⁴ Tabellen summerer ikke til 100 fordi det var mulig å krysse av på flere alternativer

partnerskapsavtale med fylkeskommunen at de har lokale partnerskap. Når det gjelder antall partnerskap viser undersøkelsen at av de 61 kommunene har 9 kommuner fem eller flere partnerskap, tre kommuner har to til fire, og 18 har ett. Det vil si at det mest vanlige er ett partnerskap. For å få et inntrykk av hvem som deltar i de lokale partnerskapene, ble kommunene som har lokale partnerskap spurt om hvilke ikke-kommunale aktører som deltar.

Figur 3.1 Hvilke ikke-kommunale aktører deltar i lokale partnerskap? N= 61 kommuner



Hovedtrekk:

- Idrettslag er den suverent største aktøren i lokale partnerskap. Over halvparten av kommunene som har etablert lokale partnerskap oppgir at idrettslag deltar.
- Friluftsansjoner deltar i 1/3 av de lokale partnerskapene, mens helseorganisasjoner er på omtrent samme nivå, de oppgis å delta i 29 % av partnerskapene.
- Om lag 1/5 oppgir at de har partnerskapsavtaler med seniororganisasjoner og barne- og ungdomsansjoner
- I kategorien ”annet” nevner kommunene velforeninger, foreldreforeninger og ideelle organisasjoner. Drøyt 1/5 av kommunene som har etablert lokale partnerskap samarbeider med denne typen foreninger

- Datamaterialet viser at lokale partnerskap med aktører utenom kommuneorganisasjonen enda ikke er særlig utbredt. Mens hele 134 kommuner har partnerskapsavtaler med fylkeskommunen, er det bare 52 som har inngått slike avtaler med lag og foreninger eller private aktører på lokalt plan. Dette kan derfor være et felt de regionale og nasjonale myndighetene kan stimulere i større grad, blant annet gjennom å spre idéer og erfaringer. Slike lokale partnerskap kan bidra til å utvikle og forankre helsefremmende innsats og nå frem til folk og organisasjoner som kan inspirere til aktivitet og forebygging. I den senere evalueringen vil vi vurdere å kartlegge lokale partnerskap nærmere.

3.8 Oppsummering

I dette kapitlet har vi belyst lokale arbeidsmåter innen folkehelsearbeidet; organisering, koordinering og forankring. Godt over halvparten av kommunene har folkehelsekoordinator, og det vanligste er at kommune(over)legen har denne funksjonen, men det varierer stort mht. hvor mye tid som er avsatt til dette.

Helse i plan - kommunene synes å skille seg ut i materialet på flere måter. For det første ved at de gjennom tverrsektorielt arbeid i større grad aktiviserer den politiske og administrative ledelsen i kommunen. Politikere og rådmenn deltar i større grad i tverrsektorielle grupper i disse kommunene enn i andre kommuner. Også samarbeidet mellom ansvarlige for folkehelse og planleggeren synes å være tettere i Helse i plan - kommunene. Ansvarlige for folkehelse involveres i planleggingen, og spesielt i utformingen av kommuneplanens samfunnsdel. Dette kan være et utslag av økt kompetanse; 2/3 av de folkehelseansvarlige i Helse i plan- kommunene har deltatt i kompetanseoppbygging i forhold til plan- og prosess. Men kartleggingen viser samtidig at Helse i plan – kommuner i mindre grad enn andre kommuner involverer enhet for sosial virksomhet og for psykisk helse i folkehelsearbeidet, noe som kan tyde på at satsingen mot planarbeid- og forankring bidrar til at fokus dras noe vekk fra grupper med særskilte behov.

134 av kommunene i utvalget oppgir å ha partnerskapsavtale med fylkeskommunen. Hoveddelen av disse har forankret avtalen politisk i sin kommune. Kommunene som er med i et partnerskap med fylkeskommunen synes å ha et aktivt forhold til fylkeskommunen. Gjennom partnerskapet får de tilgang på veiledning, rådgivning og samlinger i større grad enn andre kommuner. Dette viser at fylkeskommunen fungerer som utviklingsaktør på folkehelsefeltet. Lokale partnerskap er mindre vanlig; bare 61 av kommunene som har besvart undersøkelsen har etablert lokale partnerskap med ikke-kommunale aktører. Idrettslag er hyppigste deltaker i slike lokale partnerskap.

4 Folkehelse temaer

4.1 Kommunal planlegging som redskap for folkehelsearbeid

Kommunal planlegging består av mange ulike plantyper med ulik forankring både i lovverket og i samfunnets sektorer. *Økonomiplanen* er hjemlet i kommuneloven som Kommunal- og regionaldepartementet har ansvaret for. Planen skal omfatte hele kommunens virksomhet og gi en realistisk oversikt over sannsynlige inntekter, forventede utgifter og prioriterte oppgaver. *Økonomiplanen* rulleres en gang årlig, men omfatter minst de neste fire budsjettårene. *Kommuneplanen* er hjemlet i plan- og bygningsloven som er Miljøverndepartementets ansvar. Den skal ivareta både kommunale, regionale og nasjonale mål, interesser og oppgaver, og skal omfatte alle viktige mål og oppgaver i kommunen. *Kommuneplanen* gir grunnlag for bruk og vern av kommunens ressurser og rulleres minst en gang hver kommunestyreperiode. Den består av en *samfunnsdel* som inneholder langsiktige utfordringer, mål og strategier og en juridisk bindende *arealdel* som angir hovedtrekkene i arealdisponeringen. *Reguleringsplanen* gir en mer detaljert angivelse av bruk, vern og utforming av arealer og fysiske omgivelser, herunder teknisk infrastruktur og utforming av vegnett. I tillegg kan det lages *kommunedelplaner* for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder. *Kommuneplanen* og *økonomiplanen* springer altså ut av to ulike plansystemer som begge koordinerer kommunens aktiviteter og gjør prioriteringer.

I norske kommuner er det økonomiplanleggingen som har høyest status som styringsinstrument (Falleth og Stokke 2001). Den er nærmere knyttet opp mot kommunenes egen økonomiske virksomhet, har en kortere tidshorison og rulleres hyppigere enn kommuneplanen. Men også arealplanleggingen, som er en juridisk bindende del av kommuneplanen, er godt forankret i norske kommuner. 90 % av kommunene har vedtatt en arealplan. *Kommuneplanens* måldel eller *samfunnsdel*, hvor overordnede målsettinger og visjoner beskrives, er de siste årene kommet opp i tilsvarende prosentandel (Kostra-tall 2007).

I 1996 vedtok Stortinget å sette i gang en revidering av plan- og bygningsloven fra 1985. Dette arbeidet gav ny planlov 12 år etter. Den ble vedtatt mai 2008, med ikrafttredelse fra 2009 (Besl. O nr. 84 2007-2008). Den nye planloven slår fast at folkehelse skal integreres i kommunal planlegging. Bærekraftig utvikling, hvor folkehelse inngår som en del av definisjonen, skal være et formål for planleggingen (Ot.prp. 32 2007-2008:170). Det påpekes også at kommuneplanens *samfunnsdel* skal ”legges til grunn” eller gi ”retningslinjer” for arealbruken. Lovgiverne fremhever

videre at planlegging skal styrke folkehelsen ved å bidra til å beskytte mot risikofaktorer og fremme faktorer som virker positivt på helse og livskvalitet. Rettferdig og jevnere sosial fordeling av faktorer som påvirker helsen fremheves spesielt.

I Helse i plan- arbeidet blir kommuneplanens samfunnsdel sett på som en svært viktig arena for beskrivelse av folkehelseutfordringene i kommunen, hvilke prioriteringer som bør foretas og innretningen på folkehelsearbeidet i kommunen (Helsedirektoratet 2007:6). Helsedirektoratet mener derfor at folkehelse som tema bør omtales og synliggjøres i samfunnsdelen (ibid). Hvilke tema og hvordan dette gjennomføres er opp til den enkelte kommune å avgjøre.

Myndighetene ønsker altså en integrering av folkehelse i kommunal planlegging. Men hva er begrunnelsen for at en ønsker en slik integrering? Nasjonale policydokumenter gir følgende begrunnelser:

Aktiv planlegging: Myndighetene har de siste åra ønsket en nedtoning av sektorvise plankrav til fordel for integrering i kommuneplanleggingen (KRD 2007). Dette er et generelt trekk som ikke kun har vært gjeldende på folkehelsefeltet. Tanken er at en gjennom en slik omlegging skal gå fra passiv, lokal tilpasning til nasjonale krav til aktiv politikktutforming lokalt.

Policy integrering: Folkehelsen repareres i helsesektoren, men forebygges og fremmes på andre samfunnsområder. Gjennom en integrering av folkehelse i kommunal planlegging kan folkehelsemålsettingene løftes ut av helsesektoren og integreres på tvers av sektorene gjennom kommuneplanprosessen (St.meld 16 2002-03). Målet er at dette skal bidra til å aktivisere og ansvarliggjøre andre sektorer i forhold til nasjonale og lokale folkehelsemål.

Demokratiske forankring: I plan- og bygningsloven vektlegges medvirking fra befolkningen, berørte parter og barn og unge i kommuneplanprosessene. Videre skal kommuneplanen rulleres hvert fjerde år, det innebærer en gjennomgang av planstatus og – behov i kommunen. Kommuneplanen tas opp til vurdering og etter eventuelle justeringer og endringer vedtas den i kommunestyret. Ved å integrere folkehelsearbeidet i kommuneplanen sikres forankring i demokratiske institusjoner og til en viss grad også i befolkningen. Samtidig er en sikret at planen diskuteres med jevne mellomrom (MD 1998).

Samfunnsutvikling: Den nye planloven gir mulighet til å fokusere på samfunnsutvikling som levekår, livskvalitet, folkehelse, kulturopplevelser, identitet, tilhørighet og frivillighet (St. prp nr 57 (2007-2008)). Folkehelse inngår som ett av flere samfunnsområder som er viktige brikker i utviklingen av kommunene som lokalsamfunn.

Helse i Plan-arbeidet har så langt hatt mest fokus på å sikre at folkehelsearbeidet blir gjenstand for en aktiv kommunal planlegging gjennom å integrere folkehelse i planleggingsaktiviteten og å utvikle plan- og prosesskompetanse i helsesektoren. Hvilke temaer som integreres og hvordan kommunene rent praktisk skal få det til har vært mindre fokusert, selv om prosjektledelsen har sendt ut eksempler på dette. Også den demokratiske forankringen av helse i plan-arbeidet har i mindre grad blitt vektlagt. Samtidig har vi sett at både rådmenn og politikere er involvert i

folkehelsearbeidet i Helse i Plan- kommunene. Videre ønsker man på sikt å knytte arbeidet med Helse i Plan tettere sammen med partnerskapsarbeidet, noe som vil kunne sikre en bredere forankring av Helse i Plan i den enkelte kommune.

4.2 Folkehelse tema i denne evalueringen

Folkehelsepolitikken inkluderer flere tematiske områder og involverer de fleste av samfunnets sektorer. I dette kapitlet settes fokus på temaer i det lokale folkehelsearbeidet. Både lokale utfordringer og nasjonale målsettinger og satsinger på folkehelsefeltet kan influere innrettingen på det lokale folkehelsearbeidet. De nasjonale målsettingene ”oversettes” til lokal virkelighet gjennom en tilpasning til lokale forhold.

Vi har definert 16 ulike tema som relevante for folkehelsearbeid i kommunene. Utvelgelsen er gjort i samarbeid med Helsedirektoratet og med grunnlag i folkehelsemeldingen og andre policydokumenter på folkehelseområdet, tidligere undersøkelser av kommunenes tematiske fokus i folkehelsearbeidet, samt lesing av utvalgte kommuners kommuneplaner. Følgende tema inkluderes i denne undersøkelsen:

- Miljørettet helsevern
- Grøntområder/friluftsområder
- Ernæring
- Fysisk aktivitet
- Skade- og ulykkesforebygging
- Samordnet areal- og transport
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Mental helse
- Rusforebygging
- Tobakk
- Smittevern
- Tannhelse
- Kultur og helse
- Sosiale og fysiske møteplasser
- Annet

En analyse av integreringen av de 16 folkehelse temaene fordelt på de fire ulike plantypene fordrer ikke bare kjennskap til de ulike planenes virkningsområder, muligheter og begrensninger, men også innholdet i de ulike tematiske satsingene. Til sammen blir dette et komplekst bilde og hvor hvert tema kunne vært et

forskningsprosjekt i seg selv. Analysen vil derfor først og fremst ha fokus på det relasjonelle, dvs. koplingen mellom temaer og planer. Vi vil likevel begynne med en kategorisering av de ulike folkehelse temaene som et utgangspunkt for en diskusjon av resultatene for de fire ulike plantypene.

I folkehelsemeldingen (St.meld 16 2002-03) framheves fire folkehelse temaer spesielt: Tobakk, ernæring, fysisk aktivitet og sosial ulikhet i helse. Arbeidet for å redusere tobakksskader har hatt høy prioritet de siste årene, ikke minst gjennom røykeloven. Mens både ernæring, fysisk aktivitet og sosial ulikhet i helse er løftet fram gjennom egne strategier eller handlingsplaner (Departementene 2004, Departementene 2007). Samtidig har både mental-/psykisk helse og rusfeltet fått særskilt oppmerksomhet gjennom egne opptrappingsplaner. Disse seks temaene kan derfor sies å utgjøre den tematiske "kjernen" i det nasjonale folkehelsearbeidet.

Miljørettet helsevern, smittevern og tannhelse utgjør også viktige folkehelse temaer både nasjonalt og lokalt. Imidlertid skiller de seg noe fra de seks temaene som allerede er nevnt ved at de i større grad er institusjonaliserte oppgaver i kommunene. Også disse temaene kan trenge ny innsats og nye satsinger, slik blant annet forskriften for miljørettet helsevern er et eksempel på, men de er i større grad en integrert del av den kommunale aktiviteten.

Temaene grønt- og friluftsområder, universell utforming og samordnet areal- og transport er store felt som på ulike måter kan inngå som en del av de andre folkehelse temaene. Tilgang til grønt- og friluftsområder er viktige for å fremme fysisk aktivitet samtidig som universell utforming inngår som en del av tiltak for å bedre tilgjengelighet og for å utvikle sosiale og fysiske møteplasser i kommunen. Videre kan samordnet areal- og transport være viktig for arbeidet med miljørettet helsevern. Disse tema er del av den tradisjonelle fysiske planleggingen i kommunene, men koples nå sterkere til folkehelse og tilrettelegging for helsefremmende aktiviteter.

I tillegg til de allerede nevnte temaene har vi inkludert temaer som har som mål å fremme trivsel og helse eller virke samfunnsutviklende. Disse er: 'Kultur og helse', 'sosiale og fysiske møteplasser', 'trygghets- /kriminalitetsforebygging', 'skade- og ulykkesforebygging'. Tabellen under oppsummerer kategoriene nevnt så langt.

Tabell 4.1 *Kategorisering av folkehelse temaene i undersøkelsen*

Kjernen:	Tobakk, ernæring, fysisk aktivitet, sosial ulikhet i helse, mental/psykisk helse, rusforebygging
Institusjonaliserte aktiviteter:	Miljørettet helsevern, smittevern, tannhelse
Underliggende temaer:	Universell utforming, grønt- friluftsområder, samordnet areal- og transport
Helsefremmende /samfunnsutviklende temaer:	'Kultur og helse', 'sosiale og fysiske møteplasser', 'trygghets- /kriminalitetsforebygging', 'skade- og ulykkesforebygging'

Et interessant spørsmål i forhold til disse folkehelse temaene er hvordan en skal tolke en integrering av dem i kommuneplanen. Betyr en integrering at kommunene fokuserer mer på de temaene som er integrert enn de andre temaene? Eller er integreringen av dem snarere et uttrykk for at dette er temaer det arbeides for lite

med og som man derfor gjerne vil gi et løft? Dette er spørsmål den kvantitative undersøkelsen ikke besvarer, men som er viktige å ha med seg når man vurderer resultatene av den.

4.3 Hvilke folkehelse temaer forankres i kommunale planer?

Gjennom ønsket om å delta i Helse i plan har de deltakende kommunene vist interesse for å prøve ut kommunal planlegging som verktøy i folkehelsearbeidet. Det er derfor interessant å se i hvilken grad disse kommunene skiller seg fra andre kommuner med hensyn til i hvor stor grad de har integrert folkehelse temaer i planene, og hva slags type temaer de har integrert i ulike typer planer.

Vi har bedt kommuneplanleggerne om å relatere de 16 folkehelse temaene til fire plantyper:

- kommuneplanens samfunnsdel
- arealdelen med bestemmelser
- økonomiplan/handlingsplan
- kommunedelplan/temaplaner

For å redusere kompleksiteten vil vi presentere hver plantype for seg. Tabellene vil vise andelen Helse i plan- kommuner og andre kommuner som har integrert folkehelse temaene i de nevnte plantypene. De temaene som et flertall av kommunene (over 50 %) har integrert vil plasseres i kategorien *mest fokusert*. Temaer som mellom 50 og 20 prosent av kommunene har forankret i sine planer blir plassert i kategorien *middels fokusert*. Folkehelse temaer som har oppslutning fra under 20 prosent av kommunene blir plassert i kategorien *minst fokusert*. Oversikten gir et inntrykk av hvilke folkehelse temaer som har blitt fanget opp i hver av de to utvalgte kommuner *samlet sett*. Tabellene gir ikke grunnlag for å si noe om *kvaliteten* på arbeidet til den enkelte kommune.

4.3.1 Folkehelse tema i Kommuneplanens samfunnsdel

Kommuneplanens samfunnsdel skal være et overordnet plandokument som skal inneholde kommunens langsiktige mål og visjoner, samt strategier for å nå disse. Nevnes folkehelse som eget punkt i kommuneplanens samfunnsdel? 218 respondenter har svart på dette spørsmålet. Av disse har 57 % folkehelse som eget punkt i samfunnsdelen, 11 % vet ikke, mens 32 % ikke har folkehelse som eget punkt. Det betyr ikke nødvendigvis at de ikke har integrert folkehelse i samfunnsdelen, det betyr kun at de ikke har valgt å gi folkehelsearbeidet et eget punkt.

Tabellen nedenfor gir et bilde av hvilke type folkehelse tema som inngår i kommuneplanens samfunnsdel og i hvilken grad de kommunene som er med i Helse i plan – prosjektet skiller seg fra andre kommuner.

Tabell 4.2 *Kommuneplanundersøkelsen: Temaer i kommuneplanens samfunnsdel. Helse i Plan-kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes)*

Samfunnsdelen	Helse i Plan-kommuner (N=26)	Kommunene totalt (N=224)
Sterkt integrert (> 50 %)	Fysisk aktivitet (69) Kultur og helse (65) Grønt- og friluftsområder (62) Skade- og ulykkesforebygging (62) Trygghet/kriminalitetsforebygging (62) Samordnet areal- og transport (58) Sosiale- og fysiske møteplasser (58) Universell utforming (54) Miljørettet helsevern (54)	
Middels integrert (50-20 %)	Rusforebygging (50) Mental helse (46) Sosial ulikhet i helse (42) Ernæring (27)	Fysisk aktivitet (46) Grønt-/ friluftsområder (45) Samordnet areal- og transport (44) Sosiale og fysiske møteplasser (41) Universell utforming (39) Kultur og helse (38) Skade- og ulykkesforebygging (31) Miljørettet helsevern (29) Trygghet/kriminalitetsforebygging (27) Rusforebygging (25) Mental helse (24)
Svakt integrert (< 20 %)	Tobakk (15) Smittevern (15) Tannhelse (4)	Sosial ulikhet (15) Ernæring (11) Smittevern (11) Tobakk (7) Tannhelse

Hovedtrekk:

- En større andel Helse i plan- kommuner har fokus på folkehelse temaer i samfunnsdelen enn hva tilfellet er blant ikke-deltakende kommuner.
- Fysisk aktivitet er viktigste tema både i deltakende og ikke-deltakende kommuner

Detaljerte trekk:

- I Helse i Plan- kommunene er det mer utbredt å inkludere både tradisjonelle fysiske tema og mer helserelaterte tema i samfunnsdelen. Tema som kultur og helse, skade- og ulykkesforebygging eller trygghet - og kriminalitetsforebygging er for eksempel klart mer vanlig i prosjektkommunene.
- Både i deltakende og ikke-deltakende kommuner får tannhelse, tobakk og smittevern liten oppmerksomhet i samfunnsdelen

4.3.2 Folkehelse tema i Kommuneplanens arealdel

Arealdelen angir hovedtrekkene i kommunens arealdisponering og er juridisk bindende. I denne delen er det naturligvis de fysiske forhold som vil være sentrale, men en del folkehelseforhold vil indirekte formes av arealdisposjoner og fysiske tilrettelegginger eller manglende hensyntagen.

Tabell 4.3 *Kommuneplanundersøkelsen: Temaer i arealdelen med bestemmelser. Helse i Plan-kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes)*

Arealdelen med bestemmelser	Deltakere i Helse i Plan (N=26)	Kommunene totalt (N=224)
Sterkt fokusert (> 50 %)	Grønt- og friluftsområder (96) Samordnet areal- og transport (73) Universell utforming (65)	Grønt-/ friluftsområder (67) Samordnet areal- og transport (51)
Middelsfokusert (50-20 %)	Sosiale og fysiske møteplasser (46) Fysisk aktivitet (42) Skade- og ulykkesforebygging (42)	Universell utforming (38) Sosiale og fysiske møteplasser (30)
Svakt fokusert (< 20 %)	Miljørettet helsevern (19) Kultur og helse (12) Trygghet/kriminalitetsforebygging (8) Ernæring (8) Sosial ulikhet i helse (4) Mental helse (4) Tannhelse (4) Tobakk (0) Rusforebygging (0) Smittevern (0)	Fysisk aktivitet (19) Skade- og ulykkesforebygging (19) Miljørettet helsevern (7) Kultur og helse (6) Trygghet/kriminalitetsforebygging (4) Mental helse (1) Sosial ulikhet (1) Ernæring (1) Tannhelse (0) Smittevern Tobakk (0) Rusforebygging (0)

Hovedtrekk:

- Deltakende og ikke-deltakende kommuner har et noenlunde likt mønster i forhold til hvilke type temaer de fokuserer på i arealdelen, men Helse – plan - kommuner skiller seg positivt ut ved at det er en større andel som har inkludert de nevnte temaene. Grønt- og friluftsområder er for eksempel inne i 96 % av

Helse i plan – kommunene, mot 67 % i kommunene generelt. Tilsvarende tall for universell utforming er for eksempel 65 % og 38 %.

- Tema relatert til fysisk arealplanlegging er naturlig nok det mest sentrale her. Grøntområder/friluftsområder og samordnet areal- og transportplanlegging er tema som generelt har sin plass i arealdelen, men som også kan kobles spesielt mot folkehelse

Detaljerte trekk:

- Universell utforming er inne blant de mest fokuserte temaene hos Helse i Plan kommunene, mens det er middels fokusert blant ikke-deltakerne
- Fysisk aktivitet og skade- og ulykkesforebygging er blant de middels fokuserte temaene hos Helse i Plan- kommunene, mens disse temaene er av de minst fokuserte blant ikke-deltakerne

4.3.3 Folkehelse tema i delplaner og temaplaner

Det lages kommunedelplaner for avgrensede fysiske områder (for eksempel byens eller tettstedets sentrumsområde) og for spesifikke tema og virksomhetsområder. Disse planene er mer handlingsorienterte enn samfunnsdelen, og gir et bilde av hva slags områder eller tema kommunen vil arbeide spesielt med i de nærmeste åra.

I tabellen nedenfor viser vi hvor vanlig det er å lage delplaner eller temaplaner for bestemte folkehelse tema i kommunene generelt og i Helse i plan – kommuner spesielt.

Tabell 4.4 *Kommuneplanundersøkelsen: Temaer i kommunedelplaner/temaplaner. Helse i Plan-kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes)*

Kommune- delplaner /temaplaner	Deltakere i Helse i Plan (26)	Kommunene totalt (224)
Sterkt fokusert (> 50 %)	Fysisk aktivitet (62) Mental helse (62) Rusforebygging (58) Smittevern (54)	
Middelsfokusert (50-20 %)	Sosiale og fysiske møteplasser (46) Grønt- og friluftsområder (42) Miljørettet helsevern (42) Trygghet/kriminalitetsforebygging (42) Kultur og helse (39) Skade- og ulykkesforebygging (39) Ernæring (35) Samordnet areal- og transport (31) Sosial ulikhet i helse (27) Tobakk (27) Universell utforming (23) Tannhelse (23)	Fysisk aktivitet (45) Rusforebygging (39) Mental helse (38) Grønt-/ friluftsområder (38) Smittevern (37) Skade- og ulykkesforebygging (29) Miljørettet helsevern (28) Sosiale og fysiske møteplasser (26) Kultur og helse (26)
Svakt fokusert(< 20 %)		Tobakk (20) Universell utforming (20) Trygghet/kriminalitetsforebygging (20) Ernæring (16) Samordnet areal- og transport (16) Sosial ulikhet i helse (15) Tannhelse (8)

Hovedtrekk:

- Deltakende og ikke-deltakende kommuner har et noenlunde likt mønster i forhold til hvilke type temaer de fokuserer på, men utbredelsen er større i Helse i plan - kommuner

Detaljerte trekk:

- Om lag 60 % av Helse i Plan - kommunene har kommunedelplaner for fysisk aktivitet, mental helse og rusforebygging. Tilsvarende er det om lag 40 – 45 % av kommunene generelt som har slike planer. Kommunene er for øvrig pålagt å utarbeide en plan for arbeid med mental helse. Rusforebygging siktes både inn mot (ungdoms)befolkningen generelt og mot personer med psykiske lidelser siden det finnes en del personer med dobbeltdiagnoser
- Ernæring, tobakk, sosial ulikhet i helse, universell utforming og tannhelse får liten oppmerksomhet både i Helse i Plan kommuner og i kommunene generelt

4.3.4 Folkehelse tema i økonomiplanen

Økonomiplanen er en egen plan som omfatter hele kommunens virksomhet og som skal gi en realistisk oversikt over forventede inntekter, utgifter og prioriterte oppgaver. Planen omfatter minst de fire kommende budsjettårene, men rulleres årlig. Dette inkluderer handlingsplaner med budsjett, og er således et uttrykk for i hvilken grad kommunen ønsker å sikre gjennomføring av folkehelse relaterte tiltak.

Tabell 4.5 *Kommuneplanundersøkelsen: Temaer i økonomiplanen/ handlingsplanen med budsjett. Helse i Plan- kommuner sammenliknet med alle kommuner i utvalget (prosent i parentes)*

Økonomi- /handlingsplan med budsjett	Deltakere i Helse i Plan (26)	Kommunene totalt (224)
Sterkt fokusert (> 50 %)		
Middelsfokusert (50-20 %)	Fysisk aktivitet (46) Rusforebygging (46) Grønt- og friluftsområder (42) Miljørettet helsevern (39) Universell utforming (39) Kultur og helse (39) Mental helse (35) Smittevern (27) Trygghet/kriminalitetsforebygging (27) Sosiale og fysiske møteplasser (27) Samordnet areal- og transport (23)	Miljørettet helsevern (23) Rusforebygging (22) Grønt-/ friluftsområder (22) Fysisk aktivitet (21)
Svakt fokusert(< 20 %)	Skade- og ulykkesforebygging (19) Sosial ulikhet i helse (19) Ernæring (15) Tobakk (15) Tannhelse (8)	Kultur og helse (20) Mental helse (20) Universell utforming (16) Sosiale og fysiske møteplasser (16) Skade- og ulykkesforebygging (12) Samordnet areal- og transport (11) Trygghet/kriminalitetsforebygging (11) Smittevern (10) Sosial ulikhet i helse (7) Ernæring (7) Tobakk (7) Tannhelse (4)

Hovedtrekk:

- Ingen folkehelse temaer skiller seg ut med høy score, verken i Helse i Plan-kommuner eller i ikke-deltakende kommuner. Dette betyr at det er under halvparten av kommunene som har forankret ett eller flere folkehelse tema i sin økonomiplan

- Helse i Plan- kommunene har et større antall folkehelse temaer med middels score enn ikke-deltakende kommuner.

Detaljerte trekk:

- Fysisk aktivitet og universell utforming får høyere score blant Helse i plan kommunene enn blant ikke-deltakende kommuner.
- Mens fysisk aktivitet, rusforebygging, grønt- og friluftsområder, miljørettet helsevern og universell utforming er forankret i økonomiplanen/handlingsplaner med budsjett i mellom 40 og 45 % av Helse i plan – kommunene, er det i kommunene generelt om lag halvparten så utbredt
- Kultur og helse er tilsvarende dobbelt så vanlig i Helse i plan – kommuner, og tiltak innen mental helse er også klart mer vanlig i disse kommunene
- Ernæring, tobakk, tannhelse og sosial ulikhet er lite fokusert både i Helse i Plan kommuner og i kommunene generelt.

4.3.5 Oppsummerende diskusjon

For alle de fire plantypene er det slik at Helse i Plan kommunene skiller seg ut gjennom at en høyere andel av disse kommunene sammenliknet med andre kommuner oppgir å ha integrert folkehelse temaer i planene. Imidlertid er kanskje ikke dette det mest interessante trekket ved resultatene. Mer interessant er det å sammenlikne *hvilke temaer* som prioriteres høyest. Det første som slår en er hvordan fysisk aktivitet har gjennomslag i de kommunale planene. I kommuneplanens samfunnsdel, i delplaner/temaplaner og i økonomiplanen er dette det temaet som fokuseres mest, både blant Helse i Plan kommuner og i andre kommuner⁵. I arealdelen oppnår ikke fysisk aktivitet samme oppmerksomhet. Her er det mer tradisjonelle plantemaer som fokuseres mest. Imidlertid oppgir 42 % av Helse Plan-kommunene at de har integrert fysisk aktivitet i arealdelen.

Et annet interessant trekk er temaenes lave score i økonomiplanen. I forhold til de andre plantypene skiller økonomiplanen seg fra de andre både blant Helse i Plan-kommunene og andre kommuner. Dette er interessant fordi dette tradisjonelt har vært den viktigste plantypen i kommunene. Det er her de økonomiske prioriteringene gjøres, noe som er med og bestemmer aktivitetsnivået i forhold til de ulike temaene.

Helse i plan- kommunenes tematiske fokus skiller seg med andre ord ikke nevneverdig fra fokus i kommunene generelt. En kunne forvente at de nasjonale målsettingene i sterkere grad hadde farget disse kommunene enn andre kommuner. I innledningen til dette kapitlet delte vi de 16 folkehelse temaene inn i fire ulike kategorier etter deres status i folkehelsearbeidet. Tabellen under viser de seks mest fokuserte temaene i Helse i Plan- kommunene. Er det noen systematikk i hvilke temaer som fokuseres/ikke fokuseres?

⁵ I økonomiplanen til ikke-deltakende kommuner kommer ikke fysisk aktivitet høyest opp, men det er kun to prosentpoeng bak miljørettet helsevern som får høyest score.

Tabell 4.6 *Mest fokuserte temaer i Helse i Plan- kommunene.*

Samfunnsdelen: Fysisk aktivitet Kultur og helse Grønt- og friluftsområder Skade- og ulykkesforebygging Trygghet- /kriminalitetsforebygging	Arealdelen: Grønt- og friluftsområder Samordnet areal- og transport Universell utforming Sosiale og fysiske møteplasser Fysisk aktivitet
Økonomiplanen: Fysisk aktivitet Rusforebygging Grønt- og friluftsområder Miljørettet/UU/Kultur og helse	Delplaner/temaplaner o.l.: Fysisk aktivitet Mental helse Rusforebygging Smittevern Sosiale og fysiske møteplasser

Med unntak av fysisk aktivitet, er det de underliggende temaene (grønt- og friluftsområder og samordnet areal- og transport) og temaer av mer samfunnsutviklende karakter ('Kultur og helse', 'sosiale og fysiske møteplasser', 'trygghets-/kriminalitetsforebygging', 'skade- og ulykkesforebygging') som er sterkest fokusert i samfunnsdelen og arealdelen. I økonomiplanen og delplaner/temaplaner kommer også andre kjernetemaer enn fysisk aktivitet inn, rusforebygging fokuseres i begge, mens mental helse er inne blant de mest fokuserte i delplaner/temaplaner. Også i disse planene finner vi samfunnsutviklende og underliggende temaer som i arealdelen og samfunnsdelen, men i tillegg kommer også de institusjonaliserte temaene inn (smittevern, miljørettet helsevern). Dette er temaer som er lite fokusert i samfunnsdelen og arealdelen.

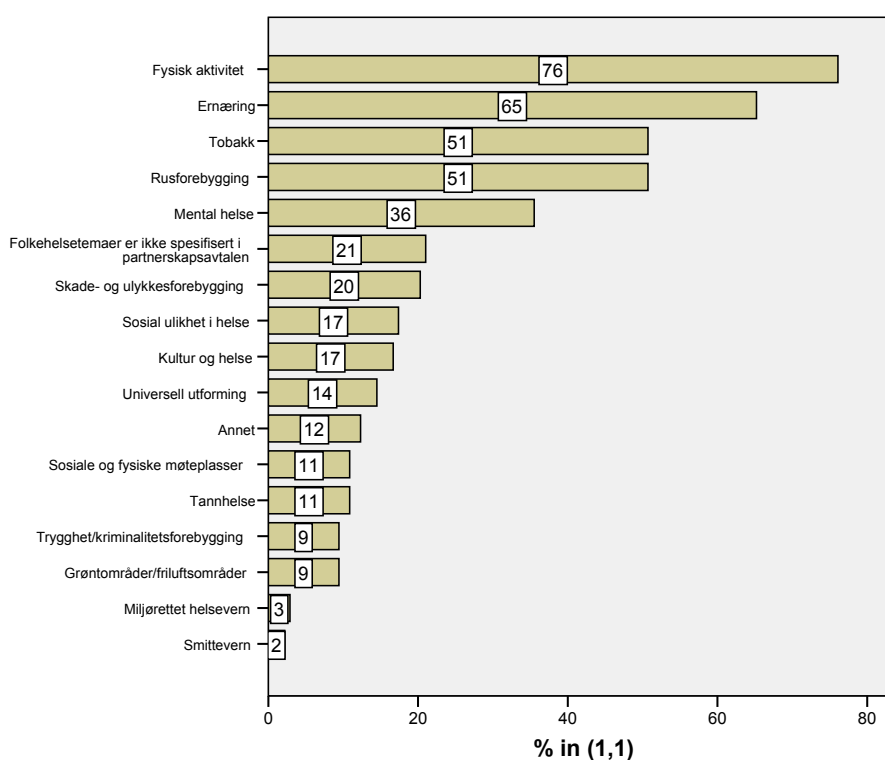
Kjernetemaene tobakk, ernæring og sosial ulikhet i helse får liten oppmerksomhet i den kommunale planleggingen. Dette er atferdsrelaterte temaer som skiller seg fra den tradisjonelle, fysiske orienteringen i planleggingen. Det synes ikke som om de ansvarlige for folkehelse har lyktes med å kanalisere disse temaene inn i de kommunale planprosessene ennå. Imidlertid kunne en forvente at dette var temaer som fikk sterkere gjennomslag i økonomiplanleggingen og i delplaner/temaplaner.

Hvordan kan den manglende forankringen forstås? Tobakk er strengt regulert fra nasjonalt hold. Dette temaet kan dermed oppleves som så godt ivaretatt allerede slik at det ikke er behov for særskilt lokal innsats. For sosial ulikhet i helse og ernæring stiller det seg annerledes. Dette er relativt nye folkehelse temaer og det kan tenkes at kommuneplanen, som rulleres hvert fjerde år, ikke har rukket å fange opp disse temaene ennå. Imidlertid rulleres økonomiplanen hvert år og disse temaene kunne derfor rukket å bli integrert i denne. Sosial ulikhet i helse fordrer blant annet innsats i forhold til systematiske skjevheter i utdanningsnivå og inntektsfordelingen. Det kan derfor synes vanskelig for kommunene å komme i inngrep med dette problemet. Med ernæring stiller det seg annerledes. Dette er et tema som egner seg godt for lokal innsats hvor en har nærhet til folk og hvor relevante arenaer som barnehager, skoler, eldresentra og liknende drives eller reguleres av kommunen. Imidlertid trenger ikke tiltak i forhold til ernæring nødvendigvis være kostbare, kommunene kan derfor ha satt i verk tiltak selv om det ikke synes i økonomiplanen.

4.4 Tematisk fokus i Partnerskap for folkehelse

Myndighetene stiller krav til organiseringen og forankringen av partnerskapene. Når det gjelder hvilke folkehelse temaer fylkeskommunene og kommunene skal inkludere i partnerskapene, står de friere. Myndighetene gir signaler i rundskriv og stortingsmeldinger, men det er opp til aktørene selv å operasjonalisere temaene i den lokale virkeligheten. I hvilken grad har kjernetemaene fysisk aktivitet, tobakk, ernæring, sosial ulikhet i helse, mental helse og rusforebygging fått gjennomslag i partnerskapene? Vi har spurt de ansvarlige for folkehelse i kommunen hvilke folkehelse temaer som inngår i partnerskapsavtalen med fylkeskommunen.

Figur 4.1 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Folkehelse temaer i partnerskapsavtalen med fylkeskommunen*



Hovedtrekk:

- Fysisk aktivitet er tema i $\frac{3}{4}$ av partnerskapene mellom kommunen og fylkeskommunen
- Ernæring som tema er også utbredt, og finnes i $\frac{2}{3}$ av disse partnerskapene
- Tobakk og rusforebygging fokuseres i over halvparten av partnerskapene.

Detaljerte trekk:

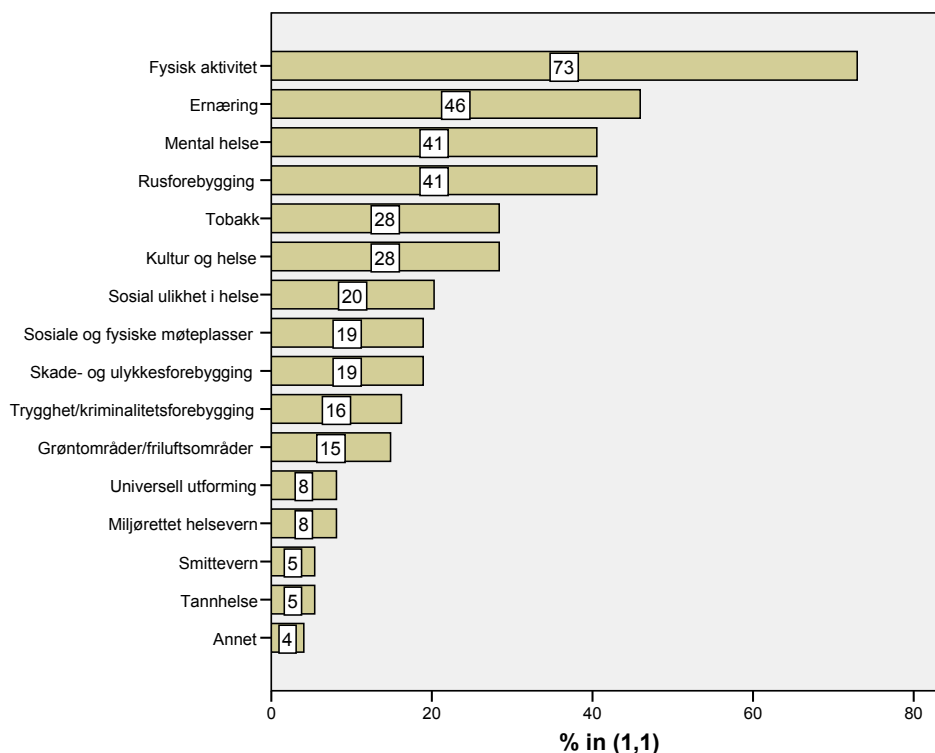
- Mental helse er en del av partnerskapsarbeidet i over $\frac{1}{3}$ av kommunene

- Med unntak av sosial ulikhet i helse synes partnerskapene å være på linje med hovedsatsingsområdene i folkehelsepolitikken.
- Om lag 20 % av kommunene har ikke spesifisert tema for partnerskapet.

At sosial ulikhet i helse ikke er eget tema i mer enn 17 % av partnerskapene, betyr ikke det samme som at det er lite ivaretatt. De temaene som er mest utbredt i avtalene, er samtidig tema som i stor grad er knyttet til sosiale helseforskjeller og der den forebyggende innsatsen over tid vil kunne gi sosial utjevning på helseforskjeller. Dette dreier seg om alle de tema som fokuseres mest i partnerskapsavtalene mellom kommuner og fylkeskommuner; nemlig fysisk aktivitet, ernæring, tobakk, rusforebygging og mental helse. Noe av det samme kan sies om lokale partnerskap.

52 kommuner, eller 39 % av partnerskapskommunene i vårt materiale, oppgir å ha etablert *lokale* partnerskap. Her ser vi på hvilke temaer de lokale partnerskapene dreier seg om.

Figur 4.2 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Folkehelse temaer i de lokale partnerskapene. N= 52 kommuner*



Hovedtrekk:

- Fysisk aktivitet er det suverent hyppigste tema også i de lokale partnerskapene; $\frac{3}{4}$ av avtalene dreier seg om dette.
- Ernæring, mental helse og rusforebygging er tema for om lag 40 % av de lokale partnerskapene, mens i underkant av 30 % av dem har tobakk og kultur og helse på agendaen.

Hvis vi ser de to partnerskapene i sammenheng, er det tydelig at satsingen på fysisk aktivitet finner gjenklang i den lokale virkeligheten. Dette temaet skiller seg ut i begge typene partnerskap. Avstanden ned til de etterfølgende temaene er imidlertid betraktelig mindre i partnerskapene med fylkeskommunen. At fysisk aktivitet er viktig på lokalt nivå stemmer godt overens med hvilke ikke-kommunale deltakere som deltar i partnerskapene. Idrettslag skilte seg ut som den mest aktive aktøren, i tillegg var også friluftsansjoner blant de aktørene som ble hyppigst nevnt som deltakere.

I både partnerskapene med fylkeskommunen og de lokale partnerskapene får de nasjonale satsingene høyest score. Imidlertid plasserer sosial ulikhet i helse seg i et mellomstilt i begge type partnerskap. Mental helse får marginalt høyere score lokalt enn regionalt, og er her det tredje viktigste temaet.

Partnerskapsavtaler gjenspeiler tiltak, prosjekter og virksomheter, mens planlegging i større grad er uttrykk for policy, sikring av arealer og økonomiske rammer. Denne forskjellen kommer til syne i hva slags tema partnerskapsavtalene rommer. Partnerskapsavtalene er klart mer aktivitetsorientert. Bortsett fra fysisk aktivitet, som er sentralt i både planlegging og i arbeid gjennom partnerskap, så er det slik at de tema som løftes fram i partnerskapsavtalene er lavt prioritert eller lite framme i kommunal planlegging. Dette gjelder ernæring, tobakk, rusforebygging, mental helse, skade- og ulykkesforebygging, og sosial ulikhet i helse. Men unntaket er at det relativt ofte lages delplaner og temaplaner for slike forhold. Ikke alle folkehelse tema ”egner seg” imidlertid like godt for planforankring. Samtidig må det sies at visjoner, policy og strategier som løftes fram i kommuneplanens samfunnsdel, i større grad kunne romme den type tema som vi omhandler her.

Det er interessant å merke seg at de nasjonale satsingstemaene gjenspeiles i partnerskapene i større grad enn i planene. Dette kan tilskrives at det som tidligere nevnt er tema som egner seg for slike avtaler fordi de er aktivitets- og handlingsorienterte. Men det er samtidig interessant at de lokale partnerskapene, som i stor grad er avtaler med private aktører og frivillige lag og organisasjoner, dreier seg om temaer som ernæring, mental helse og rusforebygging. Det samme kan sies om tobakk som tema. Dette er temaer som enten i stor grad er et offentlig ansvar (for eksempel rusforebygging) eller det er individbasert som ”livsstiltema”. Samtidig kan vi si at her ”møtes” utfordringer eller problemer som langt på vei har sitt utspring i levekårsforskjeller med utfordringer knyttet til individbasert livsstil.

I den videre evalueringen vil vi se på utviklingen av hva slags tema som er sentrale i de regionale og lokale partnerskapene, og om den tendensen vi ser her befester seg. Partnerskapsavtalene kan vise seg å være et verktøy i arbeidet med sosial ulikhet og helse siden de vanligste temaene i avtalene nettopp er forhold som hver for seg og i kombinasjon er årsaker til sosiale helseforskjeller.

4.5 Målgrupper i lokalt folkehelsearbeid

Lokalt folkehelsearbeid skal fremme helse og forebygge sykdom, og det kan rette seg mot hele befolkningen eller mot spesielle grupper. Vi har bedt respondentene relatere folkehelse tiltak i kommunen til de 16 folkehelse temaene og utvalgte målgrupper vi

anså som særlig aktuelle, nemlig hele befolkningen, barn/unge, eldre, etniske minoriteter og funksjonshemmede.

Tabell 4.7 *Folkehelsekoordinatorundersøkelsen: Folkehelseiltak fordelt på folkehelsemaer og målgrupper. N=259*

Folkehelsemaer	Hele befolkningen	Barn/unge	Eldre	Etniske minoriteter	Funksjonshemmede
Sterkt fokusert (> 50 %)	Grønt- og friluftsområder (52) Fysisk aktivitet (50)	Ernæring (55)			
Middels fokusert (50-20 %)	Miljørettet (47) helsevern Smittevern (47) Mental helse (46) Sosiale og fysiske møteplasser (39) Kultur og helse (31) Rus-forebygging (30) Universell utforming (29) Tobakk (22) Skade- og ulykkesforebygging (20)	Rus- forebygging (49) Tobakk (40) Fysisk aktivitet (35) Trygghet/kriminalitetsforebygging (31) Tannhelse (25) Mental helse (24) Skade- og ulykkesforebygging (21)			
Svakt fokusert (< 20 %)	Trygghet/kriminalitetsforebygging (15) Tannhelse (13) Ernæring (11) Sosial ulikhet i helse (11)	Sosiale og fysiske møteplasser (17) Miljørettet helsevern (13) Kultur og helse (11) Sosial ulikhet (10) Grønt-/ friluftsområder (9) Smittevern (9) Universell utforming (4)	Fysisk aktivitet (19) Skade- og ulykkesforebygging (17) Sosiale og fysiske møteplasser (14) Ernæring (11) Kultur og helse (8) Tannhelse (7) Smittevern (6) Universell utforming (4) Grønt-/ friluftsområder (3) Mental helse (3) Miljørettet helsevern (3) Trygghet/kriminalitetsforebygging (2) Sosial ulikhet (2) Rus- forebygging (1) Tobakk (1)	Ernæring (7) Sosiale og fysiske møteplasser (7) Smittevern (6) Fysisk aktivitet (5) Sosial ulikhet (4) Kultur og helse (3) Mental helse (2) Tannhelse (2) Skade- og ulykkesforebygging (1) Trygghet/kriminalitetsforebygging (1) Miljørettet helsevern (1) Tobakk (1) Rus- forebygging (1) Universell utforming (0) Grønt-/ friluftsområder (0)	Universell utforming (12) Fysisk aktivitet (11) Sosiale og fysiske møteplasser (9) Grønt-/ friluftsområder (7) Tannhelse (5) Mental helse (4) Kultur og helse (3) Ernæring (3) Miljørettet helsevern (2) Smittevern (2) Sosial ulikhet (2) Skade- og ulykkesforebygging (2) Rus- forebygging (1) Tobakk (0) Trygghet/kriminalitetsforebygging (0)

Hovedtrekk:

- De fleste folkehelseiltak er rettet mot hele befolkningen og/eller mot barn og unge spesielt. Dette kan tolkes som en bekreftelse på at kommunene definerer folkehelse som allment helsefremmende arbeid med hovedvekt på forebygging.

- Miljørettet helsevern, grønt/friluftsområder, universell utforming og smittevern er tema som ikke i spesiell grad har bestemte målgrupper.
- Mest utbredte tiltak for barn og unge er innen temaene ernæring, rusforebygging, tobakk og fysisk aktivitet. For målgruppen barn og unge følger altså kommunene i relativt stor grad de nasjonale satsingsfeltene
- For eldre er det særlig fysisk aktivitet som er inne på folkehelsefeltet
- Tiltak spesielt rettet mot etniske minoriteter er lite utbredt
- Funksjonshemmede er heller ikke en spesiell målgruppe, men rundt en av ti kommuner oppgir dem som målgruppe for universell utforming og fysisk aktivitet. Disse tema er samtidig rette mot hele befolkningen

4.6 Folkehelse temaer i lokalt folkehelsearbeid

Undersøkelsen gir samlet sett et interessant innblikk i kommunenes folkehelsearbeid: på utformingen av lokal folkehelsepolitikk i ulike kommunale planer, på tematisk fokus i regionale og lokale partnerskap for folkehelse og i utformingen av konkrete folkehelse tiltak relatert til utvalgte målgrupper. Disse tre arenaene kan sees på som ulike elementer i en styringskjede: fra politisk vedtak av en plan til konkret iverksetting av folkehelse tiltak. Partnerskapene kan spille ulike roller i en slik styringskjede. De kan både medvirke til å sette fokus på aktuelle temaer og dermed gi innspill til planleggingsprosesser. Samtidig kan de på et stort og utfordrende felt som folkehelse hvor myndighetene ikke sitter med nøkkelen til realiseringen av folkehelsemålene alene, spille en viktig rolle også i iverksettingen av folkehelsepolitikken.

Ser man de tre arenaene under ett, dukker et interessant trekk opp: Det er i hovedsak barn og unge som skal bidra til å løse de store livsstilsutfordringene. Ernæring, tobakk og rusforebygging er de viktigste temaene i folkehelse tiltakene rettet mot denne målgruppa. Disse temaene får høyere score i denne målgruppa enn de samme temaene får i folkehelse tiltak rettet mot befolkningen som helhet. Unntaket er livsstil temaet fysisk aktivitet hvor befolkningen som helhet er viktigste målgruppe. Disse livsstil temaene er også viktige i partnerskapsarbeidet. Det kan være en indikasjon på at partnerskapene bidrar i iverksettingen av folkehelse tiltak og man kan derfor anta at deres arbeid i forhold til rus, ernæring og tobakk er rettet mot barn og unge.

Et annet interessant trekk er avstanden mellom tematisk fokus i partnerskapene sammenliknet med de kommunale planene. Partnerskapene fokuserer på kjerneutfordringene fysisk aktivitet, ernæring, tobakk, rusforebygging og mental helse, mens disse (med unntak av fysisk aktivitet) ikke når opp i kommunal planlegging. Spesielt gjelder dette kommuneplanens samfunnsdel og arealdel. Disse planformene skal bidra til å koordinere nasjonale, regionale og kommunale mål samt kommunal virksomhet. Her må med andre ord folkehelse mål kjempe om oppmerksomheten med andre gode formål. Dermed er det trolig lettere for de folkehelse temaene som har relevans også for andre felt å vinne igjennom enn det er for mer sektorspesifikke målsettinger som ernæring, tobakk, rusforebygging og sosial ulikhet i helse. Grønt- og friluftsområder, kultur og helse, skade- og

ulykkesforebygging, trygghets- og kriminalitetsforebygging er temaer som kommer høyt opp i samfunns- og arealdelen. Dette er temaer som er viktige for etater som politiet, miljøvern og oppvekst og dermed finner gjenklang hos flere interessenter.

5 Avsluttende kommentarer

Hovedfokus i denne underveisrapporten er på *organiseringen* og *tematisk fokus* i folkehelsearbeidet. Vi har sett at Helse i Plan- kommunene skiller seg fra andre kommuner med hensyn til å arbeide horisontalt; på tvers av fag, avdelinger/etater og skillet mellom administrasjon og politiske organer. Helse i Plan- kommunene arbeider i større grad tverrfaglig, de har i større grad lyktes med å engasjere rådmenn og planavdelingen i folkehelsearbeidet og de involverer også politikere i større grad. Imidlertid er enhet for sosial virksomhet og enhet for psykisk helse mindre involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper i Helse i Plan- kommunene enn i kommunene generelt. Sammenholder vi dette med partnerskapskommunenes fokus på hele befolkningen samt barn og unge, kan vi si at kommunene som er involvert i disse satsingene i sitt arbeid er konsentrert rundt forebygging og helsefremmende tiltak generelt og ikke mot spesielle grupper. Spørsmålet er hvorvidt det bør fokuseres sterkere på utsatte grupper, og på hvilken måte, siden sosial ulikhet i helse er en av de mest sentrale utfordringene i satsingen.

I forhold til integreringen av folkehelse temaer i planene skiller Helse i Plan- kommunene seg mindre ut fra de øvrige kommunene. Selv om en større andel Helse i Plan- kommuner har integrert folkehelse temaer i sine planer enn kommunene generelt, er mønsteret i hvilke temaer som vektlegges i stor grad i likt. Det er likevel grunn til å påpeke at dette metode-utviklingsprosjektet ser ut til å bidra til sterkere forankring av folkehelse relaterte tema i kommunale planer.

Når det gjelder tematisk fokus i partnerskapene skiller dette seg fra kommunale planer ved å være mer orientert mot folkehelsepolitikens kjerneområder (tobakk, ernæring, rusforebygging, fysisk aktivitet). Temaene i partnerskapene er i overensstemmelse med de mest fokuserte temaene i lokale folkehelse tiltak. Arbeidet i partnerskapene er aktivitets- og handlingsrettet, og tiltak knyttet til fysisk aktivitet for hele befolkningen er det mest utbredte. Det tydelig at forebygging er det sentrale, også ved at barn og unge viktigste målgruppe for det lokale arbeidet med tobakk, ernæring og rusforebygging. Av disse temaene er det hovedsakelig fysisk aktivitet som har fått oppmerksomhet i kommunale planer; det har sterkest gjennomslag i tre av de fire plantypene; i samfunnsdelen, i delplaner / temaplaner og i økonomiplanen.

Kommunen har to planer med en samordnende funksjon: kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplanen. Med unntak av fysisk aktivitet fokuseres det på temaer som kan relateres til fysisk planlegging og mer generell samfunnsutvikling i kommuneplanens samfunnsdel. Samfunnsdelen er den plantypen som benyttes mest til å løfte fram folkehelse spørsmål. Det er mindre vanlig å forankre folkehelse tiltak i økonomiplanen. Dette bør være en sentral utfordring framover for å sikre at dette satsingsfeltet går fra gode intensjoner og visjoner til konkret realisering av tiltak.

Avslutningsvis vil vi også rette oppmerksomheten mot noen tema som er institusjonaliserte i kommunens virksomhet, men som synes å ha fått mindre oppmerksomhet i folkehelsesatsingen, nemlig smittevern, tannhelse og miljørettet helsevern. Disse temaene fokuseres lite både i partnerskap og i konkrete folkehelseiltak i forhold til utvalgte målgrupper. Det betyr ikke at dette er lite relevante temaer for lokalt folkehelsearbeid. Snarere kan det være slik at kommunene arbeider med dette jevnt og trutt, samtidig som smittevern og tannhelse ikke egner seg like godt for utviklingsarbeid i partnerskap og kommunale planer som det for eksempel fysisk aktivitet gjør. Men når det gjelder miljørettet helsevern er dette mer inne i kommunale planer. I drøyt halvparten av Helse i plan – kommuner finner vi dette i samfunnsdelen, og nesten like mange har det inne i økonomiplanen og/eller har egne kommunedelplan på temaet. Det å sørge for at et tematisk område er forankret i alle de relevante planer, er en utfordring for flere tema. Det kan ikke være et mål å være fornøyd med at kommuneplanens samfunnsdel fokuserer på folkehelse generelt eller på ulike folkehelse tema spesielt. Planforankring av folkehelse tema varierer ganske mye etter hva slags tema det er snakk om, og vi ser at noen av dem tradisjonelt har vært godt planforankret og egner seg for dette (eks. grønt- og friluftsområder). Andre tema er mindre forankret, men med ny planlov åpnes det for at dette kan utvikles.

Litteratur

- Bergem, R. m. fl (2009): *Partnerskap for folkehelse og Helse i Plan*. Undervegsrapport. Møreforskning : Arbeidsrapport nr. 234. 2009.
- Bergem, R. m. fl (2008): *Frå sofaen til sykkelsetet. Evaluering av Tilskotsordninga til lanterskel fysisk aktivitet*. Møreforskning: arbeidsrapport nr. 228. 2008.
- Besl. O nr. 84 (2007-2008): *Vedtak til lov om planlegging og byggesaksbehandling* (plan- og bygningsloven) (plandelen). Vedtatt av Odelstinget 29.5.08.
- Departementene (2004): *Sammen for fysisk aktivitet*. Handlingsplan for fysisk aktivitet 2005-2009.
- Departementene (2007): *Oppskrift for et sunnere kosthold*. Handlingsplan for bedre kosthold i befolkningen 2007-2011.
- Falleth, E.,I. (2007): 'Kommuneplanlegging –idealene og realiteter i Ravna, Ø (ed). *Areal og Eiendomsrett*. Oslo: Universitetsforlaget. Pp. 85-102.
- Falleth E., I. and K., B. Stokke (2001): *Kommune- og økonomiplanlegging. Hva gjør kommunene?* Report No. 2001:20. Oslo: Norwegian Institute of Urban and Regional Research.
- Helgesen, M. K m. fl. (2008): *Kommunehelseprofiler. Kommunenes bruk av Helsedirektoratets nettsted*. NIBR-rapport 2008:28. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helsedirektoratet (2007): *Helse i Plan*. Tidsrommet april 2006 til april 2007. Rapport IS-1452.
- KRD (2007): *Statlig styring av kommunesektoren*. Veileder H-2186 02/2007.
- MD (1998): *Nasjonale mål og interesser i fylkes- og kommuneplanleggingen*. Rundskriv T-2/98 B.
- NOU (1998:18): *Det er bruk for alle*. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.
- Ot. Proposition No 32 (2007-2008): *Om lov om planlegging og byggesaksbehandling* (plan- og bygningsloven) (Plandelen). Miljøverndepartementet.
- Stortingsmelding 16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge*. Folkehelsepolitikken. Helsedepartementet.

Stortingsmelding 20 (2006-07): *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*.
Helsedepartementet.

St. prp nr 57 (2007-2008): *Kommuneproposisjonen 2009*. Kommunal- og
regionaldepartementet.

Vedlegg 1

Spørreskjema til planleggere

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) evaluerer sammen med Møreforskning ulike tiltak innen arbeidet med folkehelse og planlegging for Helsedirektoratet. Forankring og planfesting av folkehelse i kommunale plan- og styringsdokumenter, samt kompetansebygging, er sentralt i Helsedirektoratets arbeid. Besvarelsen tar ca. ti minutter. Kommunens folkehelsekoordinator mottar også en spørreundersøkelse om den samme tematikken, men med andre spørsmål. Datamaterialet blir bare brukt til statistiske analyser i forskningssammenheng, og materialet blir presentert i en form som gjør at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes. Mvh NIBR

*INNBYGGERE***Hvor mange innbyggere har kommunen?**

- Under 3000 innbyggere
- 3000 – 4900 innbyggere
- 5000 – 8900 innbyggere
- 10000 – 34000 innbyggere
- 35000 – 100 000 innbyggere
- Over 100 000 innbyggere
- No Answer

*STILLING***Hvilken stilling har du i kommunen?**

- Rådmann/Assisterende rådmann
- Kommunalsjef, ansv. planlegging
- Kommuneplanlegger/plankonsulent
- Miljøvernleder/-rådgiver/-konsulent
- Rådgiver samfunnsutvikling
- Annet, utdyp : _____
- No Answer

Nå følger noen spørsmål om kommuneplanleggingen knyttet til lokalt folkehelsearbeid

*FOLKEHELSE***Nevnes folkehelse som eget punkt i kommuneplanens samfunnsdel?**

- Ja
- Nei

- Vet ikke
 No Answer

MILJØ

Nevnes miljø og bærekraftig utvikling som eget punkt i kommuneplanens samfunnsdel?

- Ja
 Nei
 Vet ikke
 No Answer

FHØGBU

I hvilken grad integrerer kommunen folkehelsearbeidet og arbeidet med miljø og bærekraftig utvikling?

- I svært stor grad
 I stor grad
 Både og
 I liten grad
 Ikke i det hele tatt
 No Answer

PLANTYPEROGFORMAL

Hvilke av disse temaene inngår i kommunens planer? Her kan du sette flere kryss.

	Kommuneplanens samfunnsdel	Arealdelen med bestemmelser	Økonomiplan/h med budsjett
Miljørettet helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntområder/friluftsområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samordnet areal- og transportplanlegging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skade- og ulykkesforebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygghet/kriminalitetsforebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosial ulikhet i helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universell utforming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusforebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smittevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannhelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kultur og helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale og fysiske møteplasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vet ikke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INVOLVERING

Involveres befolkning og brukere i rulleringen av kommuneplanen?

Her kan du sette flere kryss.

- Ja, i grupper der befolkning/brukere deltar aktivt
- Ja, det arrangeres folkemøter/informasjonsmøter
- Ja, utkast sendes på høring til foreninger, lag og organisasjoner
- Ja, det er etablert et interaktivt kommunikasjonsforum for befolkningen
- Planene er tilgjengelige på kommunens hjemmeside
- Annet, utdyp : _____
- Nei, de er ikke involvert i rulleringen
- No Answer

Nå følger noen spørsmål om den administrative organiseringen av arbeidet med folkehelse og planlegging

SAMARBEID

Har kommunens administrasjon tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet?

- Ja
- Nei
- Etablering av slike grupper diskuteres
- Vet ikke
- No Answer

ENHETER_INVOLVERT

Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet?

Her kan du sette flere kryss.

- Rådmannen eller annen representant fra rådmannens stab
- Enhet/avdeling for planlegging
- Enhet/avdeling for teknisk
- Enhet/avdeling for pleie og omsorg
- Enhet/avdeling for helse
- Enhet/avdeling for sosial virksomhet
- Enhet/avdeling for psykisk helsearbeid

- Enhet/avdeling for skole
- Enhet/avdeling for barnehager
- Enhet/avdeling for kultur
- Andre, utdyp : _____
- Vet ikke
- No Answer

POLITIKERE

Deltar politikere i prosjekt-/ utredningsgrupper på folkehelseområdet?

- Ja
- Nei
- Etablering av slike grupper diskuteres
- Vet ikke
- No Answer

KOMPETANSEUTVIKLING

Har noen av kommunens ansatte de siste to åra deltatt i interne eller eksterne kompetanseutviklingstiltak innen folkehelse og planlegging?

Her kan du sette flere kryss.

- Ja, om planlegging/planprosesser
- Ja, om folkehelsepolitikk og policyutforming
- Ja, om konkrete folkehelse tema
- Annet, utdyp : _____
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

SHDIR_UTVIKLING

Deltar kommunen i Helsedirektoratets utviklingsprosjekt "Helse i Plan"?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

Nå følger noen spørsmål om konsekvensutredninger

KU

Er det gjennomført noen konsekvensutredninger etter plan- og bygningsloven i kommunen siden 1. april 2005, da nytt

regelverk trådte i kraft?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

TEMA

Hvilke av disse temaene ble behandlet i konsekvensutredningen (e)? Her kan du sette flere kryss.

- Miljørettet helsevern
- Grøntområder/friluftsområder
- Arealer for fysisk aktivitet
- Samordnet areal- og transportplanlegging
- Skade- og ulykkesforebygging
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Sosiale og fysiske møteplasser
- Smittevern
- Annet, utdyp : _____
- Ingen folkehelse tema i konsekvensutredningen(e)
- Vet ikke
- No Answer

MOP1

Har det har vært utarbeidet miljøoppfølgingsprogram for konsekvensutredningen(e)

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

MOP2

Inneholdt miljøoppfølgingsprogrammet/-ene noen av disse temaene? Her kan du sette flere kryss.

- Miljørettet helsevern
- Grøntområder/friluftsområder
- Arealer for fysisk aktivitet
- Samordnet areal- og transportplanlegging
- Skade- og ulykkesforebygging
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Sosiale og fysiske møteplasser

- Smittevern
- Annet
- Vet ikke
- No Answer

HVEM1

Hvem har utarbeidet konsekvensutredningen(e)? Sett kryss for antall konsekvensutredninger.

	1	2	3	4	No Answer
Kommunenes egen planetat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen kommunal etat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ekstern konsulent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Statlig etat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Privat part	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

INVOLVERINGKU

Hvordan har befolkningen vært involvert i konsekvensutredningsprosessen(e)? Her kan du sette mer enn ett kryss.

- Planprogram og konsekvensutredning var tilgjengelige på kommunens hjemmeside
- Det ble etablert et interaktivt kommunikasjonsforum for befolkningen
- Det ble arrangert folkemøter/informasjonsmøter
- Planer ble utarbeidet i grupper der befolkning/brukere deltok aktivt
- Annet, utdyp : _____
- No Answer

KOMMENTAR

Har du ytterligere kommentarer til noen av temaene i undersøkelsen?

Vedlegg 2

Spørreskjema til folkehelseansvarlig

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) evaluerer sammen med Møreforskning ulike tiltak innen arbeidet med folkehelse for Helsedirektoratet. Denne spørreundersøkelsen handler om aktørene i folkehelsearbeidet og samarbeidet mellom dem. Besvarelsen tar ca. ti minutter. Kommuneplanlegger mottar også en spørreundersøkelse om folkehelse, men med andre spørsmål. Datamaterialet blir bare brukt til statistiske analyser i forskningssammenheng, og materialet blir presentert i en form som gjør at enkeltpersoner ikke kan gjenkjennes. Mvh NIBR

HVORMANGEINNBYGGERE

Hvor mange innbyggere har kommunen?

- Under 3000 innbyggere
- 3000 – 4900 innbyggere
- 5000 – 8900 innbyggere
- 10000 – 34000 innbyggere
- 35000 – 100 000 innbyggere
- Over 100 000 innbyggere
- No Answer

HVILKENSTILLING

Hvilken stilling har du i kommunen?

- Rådmann/Assisterende rådmann
- Kommunalsjef, ansv. folkehelse
- Rådgiver (Helse/miljø/Plan)
- Kommuneoverlege/kommunelege1 og 2
- Helsesøster
- Sykepleier
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Jordmor
- Miljøarbeider (aktivt med brukere innen helse eller omsorg)
- Frisklivsansvarlig
- Lærer
- Ungdomsleder
- Kulturkonsulent
- Annet : _____
- No Answer

FINNESFOLKEHELSEKOORD

Finnes det en folkehelsekoordinator i kommunen?

- Ja, og jeg har denne funksjonen
- Ja, men en annen har denne funksjonen
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

PROSENTANDELSTILLING

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

- Ingen konkret
- Under 20 %
- 20-40 %
- 41-60 %
- 61-80 %
- Over 80 %
- 100 %
- Vet ikke
- No Answer

PLASSERINGSTILLING

Hvor i kommunens administrasjon er folkehelsekoordinatorstillingen plassert?

- Rådmannens stab
- Enhetsleder
- Mellomleder
- Saksbehandler/Prosjektleder/Rådgiver
- Annet : _____
- No Answer

Nå følger noen spørsmål om tematisk fokus og organisering av folkehelsearbeidet i kommunen

TITAKBEFOLKNTEMA

Har kommunen satt i verk tiltak rettet mot hele eller deler av befolkningen i forhold til noen av disse folkehelse temaene? Her kan du sette flere kryss.

	Hele befolkningen	Barn/unge	Eldre	Etniske minoriteter	Funksj
Miljørettet helsevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grøntområder/friluftsområder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernæring	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fysisk aktivitet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skade- og ulykkesforebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trygghet/kriminalitetsforebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosial ulikhet i helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Universell utforming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mental helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rusforebygging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tobakk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Smittevern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tannhelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kultur og helse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sosiale og fysiske møteplasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

KOPLINGBU

I hvilken grad koples det lokale folkehelsearbeidet til kommunens arbeid med miljø og bærekraftig utvikling?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt
- Vet ikke
- No Answer

INVOLVERINGFHK

I hvilken grad involveres ansvarlige for folkehelse i utforming av kommunale planer?

- I svært stor grad
- I stor grad
- I noen grad
- I liten grad
- Ikke i det hele tatt
- Vet ikke
- No Answer

INVOLVERINGTYPEPLANPROSS

**Hvilke planer involveres ansvarlige for folkehelse i?
Her kan du sette flere kryss.**

- Planprogram/planstrategi
- Kommunepanens samfunnsdel/måldel
- Kommunepanens arealdel
- Økonomiplan

- Kommunedelplan/sectorplan/handlingsplan/temaplan
- Reguleringsplaner
- Konsekvensutredninger
- No Answer

KOMMUNEDELPLAN

Er det utarbeidet kommunedelplan/temaplan/handlingsplan innenfor noen av disse folkehelseemaene?

Her kan du sette flere kryss.

- Miljørettet helsevern
- Grøntområder/friluftsområder
- Ernæring
- Fysisk aktivitet
- Samordnet areal- og transportplanlegging
- Skade- og ulykkesforebygging
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Mental helse
- Rusforebygging
- Tobakk
- Smittevern
- Tannhelse
- Kultur og helse
- Sosiale og fysiske møteplasser
- Annet
- Ingen delplaner/temaplaner/handlingsplaner på folkehelse
- No Answer

TVERRFAGLIGFOLKEHELSEOMR

Har kommunens administrasjon tverrfaglige samarbeidsgrupper på folkehelseområdet?

- Ja
- Nei
- Etablering av slike grupper diskuteres
- Vet ikke
- No Answer

HVILKENENHETISAMARBEID

Hvilke enheter/avdelinger er involvert i tverrfaglige samarbeidsgrupper?

Her kan du sette flere kryss.

- Rådmannen eller annen representant fra rådmannens stab
- Enhet/avdeling for planlegging
- Enhet/avdeling for teknisk

- Enhet/avdeling for pleie og omsorg
- Enhet/avdeling for helse
- Enhet/avdeling for sosial virksomhet
- Enhet/avdeling for psykisk helsearbeid
- Enhet/avdeling for skole
- Enhet/avdeling for barnehager
- Enhet/avdeling for kultur
- Andre
- Vet ikke
- No Answer

POLITIKERETVERRFAGLGRUPP

Deltar politikere i prosjekt-/utredningsgrupper på folkehelseområdet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

PLANKOMPETANSEUTVIKL

Har noen av kommunens ansatte de siste to åra deltatt i interne eller eksterne kompetanseutviklingstiltak innen folkehelse og planlegging?

Her kan du sette flere kryss.

- Ja, om planlegging/planprosesser
- Ja, om folkehelsepolitikk og policyutforming
- Ja, om konkrete folkehelse tema
- Annet
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

DELTAHIP

Deltar kommunen i Helsedirektoratets utviklingsprosjekt "Helse i Plan"?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

"Partnerskap for folkehelse" er en arbeidsform i det lokale folkehelsearbeidet. Partnerskap er et tverrfaglig, sektorovergrepene og forpliktende samarbeid mellom aktører på regionalt og lokalt nivå eller mellom kommunen

og ulike lokale aktører. Du vil nå få noen spørsmål knyttet til dette arbeidet som vi vil du skal besvare enten kommunen har inngått partnerskapsavtaler eller ikke. Først vil du få noen spørsmål om partnerskap mellom fylkesnivået og kommunen.

BIDRAFYLKE

På hvilken måte bidrar fylkeskommunen til det lokale folkehelsearbeidet?

Her kan du sette flere kryss.

- Med veiledning og rådgivning
- Med skolering og kompetansebygging
- Med samlinger og nettverksbygging
- Bidrar ikke til kommunens folkehelsearbeid
- Vet ikke
- No Answer

PARTNERSKFYLKE

Har kommunen inngått partnerskapsavtale for folkehelse med fylkeskommunen?

- Ja
- Nei, men prosess for avtale er i gang
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

POLITISKFORANKR

Er partnerskapsavtalen med fylkeskommunen politisk behandlet i kommunen?

- Ja
- Nei
- Prosess for politisk behandling er satt i gang
- Vet ikke
- No Answer

TEMAPARTNERSKFYLK

Hvilke folkehelse temaer inngår i partnerskapsavtalen med fylkeskommunen?

Her kan du sette flere kryss.

- Folkehelse temaer er ikke spesifisert i partnerskapsavtalen
- Miljørettet helsevern
- Grøntområder/friluftsområder
- Ernæring
- Fysisk aktivitet

- Skade- og ulykkesforebygging
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Mental helse
- Rusforebygging
- Tobakk
- Smittevern
- Tannhelse
- Kultur og helse
- Sosiale og fysiske møteplasser
- Annet : _____
- No Answer

MOTTARSTIMUL

Mottar kommunen stimuleringsmidler fra fylkeskommunen som en del av partnerskapet?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

NÅRMOTTOKSTIM

**Når mottok kommunen stimuleringsmidler?
Sett kryss for de aktuelle årene.**

- I 2004
- I 2005
- I 2006
- I 2007
- Regner med å motta i 2008
- Vet ikke
- No Answer

HVILKETILTAKSTIM

Til hvilke tiltak brukes stimuleringsmidlene til lokalt folkehelsearbeid?

Her kan du sette flere kryss.

- Folkehelseaktiviteter i regi av kommunen
- Folkehelseaktiviteter i regi av frivillige organisasjoner/private aktører
- Finansiering av lokal folkehelsekoordinator
- Kompetanseheving
- Annet : _____
- No Answer

Nå følger noen spørsmål om partnerskap inngått på lokalt nivå, det vil si mellom kommunen og andre lokale aktører.

ETABLOKPARTNSK

Er det etablert lokale partnerskap for folkehelse i kommunen?

- Ja
- Nei
- Vet ikke
- No Answer

OMFANG

Omtrent hvor mange lokale partnerskap for folkehelse er det i din kommune?

- Ett
- To til fire
- Fem eller flere
- Vet ikke
- No Answer

DELTSIVLSAMF

Hvilke ikke-kommunale aktører deltar i lokale partnerskap for folkehelse?

Her kan du sette flere kryss.

- Idrettslag
- Friluftsansjasjoner
- Helseorganisasjoner
- Barne- og ungdomsorganisasjoner
- Innvandrersorganisasjoner
- Seniororganisasjoner/eldreråd
- Organisasjoner for brukere av helsetjenester (Mental Helse, FFO, etc)
- Private frivillighetssentraler o.l.
- Private barnehager
- Næringslivsorganisasjoner
- Private bedrifter
- Rådet for funksjonshemmede eller mennesker med annen funksjonshindring
- Andre : _____
- No Answer

TEMALOKALT

Hvilke folkehelse tema inngår som en del av arbeidet i de lokale partnerskapene?

Her kan du sette flere kryss.

- Miljørettet helsevern

- Grøntområder/friluftsområder
- Ernæring
- Fysisk aktivitet
- Skade- og ulykkesforebygging
- Trygghet/kriminalitetsforebygging
- Sosial ulikhet i helse
- Universell utforming
- Mental helse
- Rusforebygging
- Tobakk
- Smittevern
- Tannhelse
- Kultur og helse
- Sosiale og fysiske møteplasser
- Annet : _____
- No Answer

Avslutningsvis følger noen spørsmål som omhandler begge typer partnerskap; både de som er mellom fylkeskommunen og kommunen, og partnerskap mellom kommunen og lokale aktører

FORMÅLPARTNSK

Samlet sett, hva er de viktigste formålene med partnerskapene?

Kryss av de tre viktigste punktene

- Mobilisering av lokalsamfunnet
- Læring og kompetanseutvikling
- Økt samarbeid
- Økonomisk samarbeid
- Arbeidsdeling
- Iverksetting av konkrete folkehelseiltak
- Vet ikke
- No Answer

KRITISKEFAKTORER

Samlet sett, hva er kritiske faktorer/suksessfaktorer for partnerskapene?

Kryss av de tre viktigste punktene

- At tunge aktører deltar
- At det utarbeides felles målsettinger/felles plattform
- At folkehelse forankres i politisk og administrativ ledelse
- At det er solide økonomiske rammer

- At kommunen har solid kompetanse om folkehelseutfordringer
- At det er langsiktighet i arbeidet
- Vet ikke
- No Answer

Ytterligere kommentar

Har du ytterligere kommentarer?
