

Evaluering av samarbeidsavtaler om folkehelsearbeid mellom Nordland fylkeskommune og kommunene

September 2017

Nordland fylkeskommune
Fylkeshuset
8048 BODØ

20. september 2017

Vår referanse: Geir Are Nyeng
Deres referanse: Hanne Mari Myrvik

Evaluering av samarbeidsavtaler om folkehelsearbeid mellom Nordland fylkeskommune og kommunene

PwC har vært engasjert for å evaluere Nordland Fylkeskommunes samhandling med kommunene i arbeidet med folkehelse. Rapporten oppsummerer to ulike oppdrag knyttet til fylkeskommunens samarbeidsavtaler om folkehelsearbeid med kommunene. Gjeldende samarbeidsavtaler ble inngått for perioden 2014-2016, og er vedtatt forlenget for 2017. Rapporten utgjør deler av fylkeskommunens beslutningsgrunnlag for struktur og innhold i kommende periode.

Utredningen har blitt utført av et team bestående av Geir Are Nyeng (prosjektleder), Frode Singstad, Magnus Johansen og Rolf Tørring. Professor Geir Arild Espnes ved NTNU Senter for helsefremmende forskning har fungert som faglig rådgiver. Stian Gårdsvoll og Rolf Tørring har vært ansvarlige partnere i PwC.

Vi vil benytte anledningen til å takke for et godt samarbeid i forbindelse med utredningen. Vi vil også takke ansatte og folkevalgte i kommunene Bodø, Grane, Leirfjord, Meløy, Rana, Tjeldsund og Vågan, samt folkehelsekoordinatorene i Nord-Helgeland, Salten, Vesterålen og HALD-nettverket som har deltatt i intervjuer og bidratt med annen informasjon. Dette har vært til stor nytte i utredningsarbeidet.

Med vennlig hilsen



Stian Gårdsvoll
Partner



Geir Are Nyeng
Prosjektleder

Denne rapporten er utarbeidet av PricewaterhouseCoopers (PwC) for Nordland fylkeskommune i samsvar med avtaler om oppdrag, signert 7.4.2017. Våre vurderinger bygger på faktainformasjon som har framkommet gjennom offentlig tilgjengelig statistikk og utredninger, kommunale vedtak og plandokumenter, gjennomførte intervjuer og spørreundersøkelse, samt i annen relevant dokumentasjon som har blitt gjort tilgjengelig for oss. Vi anser våre kilder og vårt informasjonsgrunnlag som pålitelig, men PwC garanterer ikke for at dette er fullstendig, korrekt og presis. Framlagt informasjon må ikke oppfattes å være verifisert av PwC. Fylkeskommunen har rett til å benytte informasjonen i denne rapporten i sin virksomhet, i samsvar med inngått avtale og kontrakt. Rapporten er å betrakte som et offentlig dokument i hht offentlighetsloven. PwC påtar seg ikke noe ansvar for tap som er lidt av oppdragsgiver eller andre som følge av at vår rapport eller utkast til rapport er distribuert, gjengitt eller benyttet på annen måte.

Innholdsfortegnelse

Innholdsfortegnelse	3
Sammendrag.....	4
PwCs anbefalinger til Nordland fylkeskommune	6
Suksesskriterier for folkehelsearbeidet i kommunene	6
Bakgrunn og formål	8
Bakgrunn	8
Mandat/Formål	8
Om folkehelsearbeidet i Nordland	9
Metode, datagrunnlag og gjennomføring	14
Samarbeidsavtalens betydning for folkehelsearbeidet i kommunene	17
Viktig med god prosess før avtaleinngåelse	17
Oversiktsdokumentet er viktig, men ble laget for sent	19
At avtalen er forpliktende har stor betydning for folkehelsearbeidet.....	22
Avtalen må gi nok spillerom for kommunene	23
Kommunenes organisering av folkehelsearbeidet	24
Folkehelsekoordinatorene er nøkkelpersoner i det kommunale folkehelsearbeidet.....	24
Organisatorisk plassering av folkehelsekoordinator kan ha betydning for folkehelsearbeidet	25
Tverrfaglig involvering varierer mellom kommunene	28
Folkehelse er forankret i kommunale planer i de aller fleste kommunene	29
Rådmannen har en nøkkelrolle for å sikre administrativ og politisk forankring	30
Kommunene bør innrette folkehelsearbeidet på en mer systematisk måte	32
Fylkeskommunens rolle	37
Fylkeskommunen er en god faglig pådriver og støttespiller	37
Tilskudd fra fylkeskommunen har stor betydning	43
Kommunenes bruk av tilskudd til folkehelse tiltak.....	47
De fleste kommunene gjør seg god nytte av tilskuddsmidlene	47
Kommunene prioriterer tiltak for økt fysisk aktivitet	48
Kommunene prioriterer barn og unge som målgruppe	50
Tilskuddet går i stor grad til kommunenes prioriterte områder	52
Tiltak blir i liten grad videreført fra ett år til det neste.....	53
Andre faktorer enn tiltakets art avgjør om de lykkes	53
God opplevd effekt av mange ulike folkehelse tiltak	54

Sammendrag

Nordland fylkeskommune er en viktig støttespiller for kommunene i folkehelsearbeidet

PwCs evaluering viser at Nordland fylkeskommune har en viktig posisjon som støttespiller for kommunene i folkehelsearbeidet. Gjennom bevisst arbeid over flere år har fylkeskommunen bidratt til å styrke kommunene i deres eget folkehelsearbeid. Fylkeskommunen er av de aller fleste kommunene ansett som en kompetent aktør og en viktig partner, som bringer utvikling i faget videre til kommunene, blant annet gjennom etablerte nettverk og fagsamlinger.

Fylkeskommunen har selv stilt spørsmål ved om de oppleves som en «likeverdig partner» i folkehelsearbeidet. Dette opplever kommunene bare i noen grad. Det har først og fremst sammenheng med at fylkeskommunens rolle som tilskuddsyter, som stiller vilkår og innretter sanksjoner, gjør at de kan oppfattes som en «overordnet» part i samarbeidet.

Samarbeidsavtalene er viktige for kommunenes satsning på folkehelse

Samarbeidsavtalene har hatt en viktig funksjon for folkehelsearbeidet i kommunene i Nordland. Avtalene har vært vedtatt av kommunestyrene, noe som har forpliktet kommunene til å etterleve kravene i avtalen og prioritere folkehelse. Blant de viktigste kravene er utarbeidelse av kunnskapsgrunnlaget eller oversiktsdokumentet i tråd med folkehelseloven, som er en avgjørende del av det systematiske folkehelsearbeidet. Avtalene forplikter kommunene til å jobbe for å nå bestemte mål og gjennomføre tiltak innenfor bestemte områder. Dette har i relativt stor grad vært styrende for kommunenes prioriteringer.

Som ledd i avtalen har kommunene fått et todelt tilskudd. Basistilskuddet har vært avgjørende for at mange kommuner har opprettet stillinger som folkehelsekoordinator, og fungerer i praksis som garantist for at stillingene blir opprettholdt. Tilskuddene til tiltak bidrar til at det gjennomføres mange gode folkehelse tiltak i kommunene, som ikke hadde blitt gjennomført uten disse tilskuddene.

Fylkeskommunen har bedt oss svare på om avtalene har bidratt til at kommunene har blitt mer ansvarliggjort i folkehelsearbeidet. Vårt svar på dette er et betinget ja: på den ene siden har avtalene bidratt til å sikre større forankring av og forståelse for folkehelsearbeidet i mange kommuner. På den andre siden viser evalueringen at mange av kommunene fremdeles er avhengige av fylkeskommunens økonomiske støtte og de forpliktelsene avtalen medfører for å klare å innfri forventningene til folkehelsearbeidet.

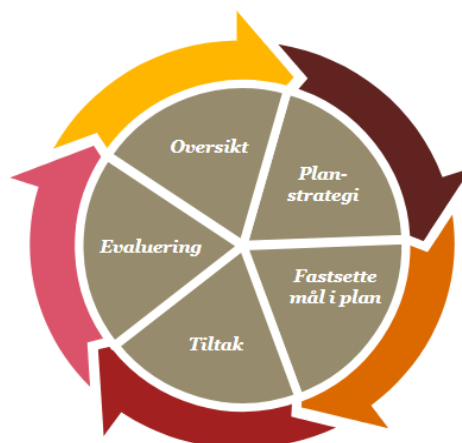
Kommunene har jobbet for lite systematisk med folkehelse

Grunnpilaren i systematisk folkehelsearbeid er at kommunene har kunnskap om utfordringene i egen kommune. Denne kunnskapen skal være utgangspunktet for arbeid med planer, mål og tiltak. En utfordring har vært at denne kunnskapen har manglet i mange kommuner, og det har til dels medført at en del tiltak har blitt bygget på sviktende grunnlag.

Selv om våre analyser viser at kommunene i relativt stor grad gjennomfører tiltak i tråd med egne handlingsplaner, er folkehelsearbeidet i mange kommuner preget av at det dukker opp flere initiativ til tiltak i løpet av året. Mange av disse tiltakene er hver for seg positive og gir viktige bidrag til kommunens folkehelse. Ulempen er at det for noen kommuner bidrar til å gi folkehelsearbeidet et «ad hoc»-preg, som gjør det vanskelig å drive arbeidet systematisk og planmessig. Det bør være rom for de gode initiativene i folkehelsearbeidet, men kommunene bør samtidig ha den nødvendige systematikken i bunn, slik at de klarer å holde fast ved en retning i folkehelsearbeidet sitt.

Et avgjørende element i det systematiske folkehelsearbeidet er evaluering. Evaluering av folkehelsearbeidet og av konkrete tiltak gir kunnskap om hva som virker og hva som ikke virker, slik at kommunene kan endre mål og planer i tråd med at kunnskapen endres. Det finnes gode eksempler på evalueringer av folkehelse tiltak i kommunene, men i det store og hele er dette et område kommunene bør jobbe mer med. Det finnes mye kunnskap om hvilke tiltak som virker og ikke. Vårt inntrykk er at dette i større grad kan systematiseres og tas i bruk av kommunene. Kanskje kan og bør fylkeskommunen i større grad være en støttespiller i dette arbeidet?

Helsedirektoratets modell for systematisk folkehelsearbeid



Folkehelsekoordinatorerne er nøkkelpersoner

Ett av de viktigste suksesskriteriene for at en kommune skal lykkes med folkehelsearbeidet slik det drives i de fleste kommunene i Nordland i dag, er å ha en dyktig og engasjert folkehelsekoordinator.

Folkehelsekoordinatorerne har en avgjørende rolle i folkehelsearbeidet ved at de samler kunnskap om utfordringer i kommunen, koordinerer planarbeid og stiller krav om at folkehelse skal tas hensyn til i planer og vedtak på tvers av de kommunale tjenestoområdene. Videre er de viktige ressurser i det praktiske, utøvende folkehelsearbeidet ved at de tildeler tilskudd, initierer tiltak og koordinerer samarbeid med frivilligheten og på tvers i kommunen. De dyktige folkehelsekoordinatorerne inspirerer og engasjerer i sine kommuner!

Blant andre faktorer som i stor grad påvirker om en kommune lykkes med folkehelsearbeidet, vil vi særlig nevne rådmannens betydning. Evalueringen viser at en rådmann med engasjement og forståelse for folkehelsearbeidet er en nøkkel for å sikre at arbeidet forankres på tvers av organisasjonen, og at folkehelse får plass i kommunale planer og i den politiske debatten.

Analysene viser at kommunene prioriterer fysisk aktivitet og barn og unge

Et av målene med denne evalueringen har vært å kartlegge og gi oversikt over kommunenes bruk av tilskudd og gjennomføring av tiltak.

Blant funnene fra kartleggingen kan vi trekke frem at:

- kommunene prioriterer tiltak rettet mot fysisk aktivitet og barn og unge
- tiltak blir sjelden videreført fra ett år til det neste
- flere kommuner har brukt tilskuddsmidlene etter avtalens del II til å lønne folkehelsekoordinatorer, noe som ikke er i tråd med avtalen
- kommunene gjennomfører i stor grad de samme typene tiltak
- én av seks kommuner har mer enn ett års tilskuddsutbetaling stående ubrukt på fond

På grunnlag av funnene i denne evalueringen har PwC utarbeidet syv anbefalinger til fylkeskommunen (neste side) og et sett med suksesskriterier for folkehelsearbeidet i kommunene (side 7).

PwCs anbefalinger til Nordland fylkeskommune

1

Fortsett arbeidet for folkehelsa!

Fortsette det gode arbeidet for folkehelsa i Nordland!

PwCs evaluering har vist at Nordland fylkeskommune gjør et godt og viktig arbeid for folkehelsa, og er en viktig og relevant støttespiller for kommunene i folkehelsearbeidet.

2

Nye avtaler

Inngå nye avtaler med klare forpliktelser for kommunene.

Samtidig må avtalene ha kommunalt handlingsrom. Avtalene bør ivareta både de kommunene som «klarer seg» alene, og de som bør ha tydelige krav fra fylkeskommunen.

3

Delt tilskudd

Fortsette ordningen med delt tilskudd. Fordi:

- Basistilskuddet sikrer koordinatorstillingene.
- Tilskudd til tiltak bidrar til mye godt folkehelsearbeid i fylket. PwC anbefaler likevel å utarbeide bedre og mer forutsigbare kriterier for beløpsfastsettelse for tilskuddsutbetalingene.

4

Nok tid i avtaleprosessen

Sørge for at kommunene får nok tid i prosessen med inngåelse av nye avtaler. Det vil sikre at:

- Avtalen gjenspeiler kommunens utfordringer, basert på et godt kunnskapsgrunnlag og egne mål.
- Avtalen er tilstrekkelig forankret politisk og administrativt.

5

Sikre nettverkene

Bidra til at alle folkehelsenettverk fungerer.

Innholdet i samarbeidet må oppleves som nyttig for alle kommunene. Det kan kreve litt innsats fra fylkeskommunen, men PwC tror det vil vises godt på folkehelsearbeidet.

6

Opplæring av nye

I større grad bidra til opplæring av nytilsatte folkehelsekoordinatorer.

Disse er nøkkelpersoner for å sikre kontinuitet og kvalitet i folkehelsearbeidet.

7

Rapportering

Bedre og forenkle rapporteringen til fylkeskommunen.

Det bør blant annet utvikles nye, felles maler for rapportering, og prosessen med revisorgodkjenning bør avklares og forenkles.

KUNNSKAP!

Kunnskap om utfordringer i egen kommune er grunnpilaren.

SAMARBEID MED ANDRE KOMMUNER

Kommuner som bruker nettverk og samarbeider aktivt, bidrar til å løfte hverandre i folkehelsearbeidet.

FOLKEHELSE-KOORDINATORENE

Folkehelsekoordinatorene er nøkkelpersoner! De administrerer, koordinerer, stiller krav, inspirerer og engasjerer!

SYSTEMATISK ARBEID

Sammenheng mellom utfordringer, mål, planer og tiltak.

EN RÅDMANN MED ENGASJEMENT OG FORSTÅELSE

Rådmannen er nøkkelen til å lykkes med forankring både administrativt og politisk.

POLITISK FORANKRING

Folkehelsa løftes fram i kommunestyresalen!

FRIVILLIGHETEN

Aktivt samarbeid gir kommunen mye folkehelse.

FOLKEHELSE I HELE KOMMUNEN

Folkehelsearbeidet må være en like naturlig del av hverdagen i skolene, på helsestasjonen, på rådhuset og på teknisk!

SUKSESS-KRITERIER

for folkehelsearbeid i kommunene

(Utarbeidet av PwC på grunnlag av våre analyser i evalueringen av samarbeidsavtaler om folkehelse i Nordland.)

Bakgrunn og formål

Bakgrunn

Nordland fylkeskommune har i flere år jobbet målrettet og strategisk med folkehelsearbeid, blant annet i samarbeid med kommunene. Siden 2005 har fylkeskommunen hatt samarbeidsavtaler med kommunene om folkehelsearbeidet. Avtalen regulerer både overordnede satsingsområder for Nordland og risikoområder knyttet til den enkelte kommune.

Som ledd i avtalen får kommunene utbetalt tilskudd til folkehelsearbeidet. De siste årene har Nordland fylkeskommune utbetalt totalt ca. 12 millioner kroner i året i tilskudd til folkehelsearbeidet i kommunene.

Nordland fylkeskommune har bedt PwC om å gjennomføre en evaluering av dette samarbeidet med kommunene. Gjeldende samarbeidsavtaler går ut 31.12.2017 og evalueringen inngår som en del av beslutningsgrunnlaget for utforming av en ny avtaleperiode.

Mandat/Formål

Denne rapporten oppsummerer to ulike oppdrag PwC har utført for Nordland Fylkeskommune knyttet til evalueringa av folkehelsearbeidet. Vårt mandat har derfor vært todelt:

1. Evaluering av fylkeskommunens samarbeidsavtaler med kommunene, inkludert vurdering av
 - Hvordan samarbeidsavtalen har fungert
 - Bruk og effekt av rammetilskudd
 - Måloppnåelse
 - Har kommunen blitt mer ansvarliggjort?
 - Fylkeskommunens veiledning og støtte
 - Tanker om framtidig samarbeidsform
2. Evaluering av avtalefestet rammetilskudd til folkehelsearbeidet, herunder
 - Er tiltakene gjennomført i tråd med handlingsplanene?
 - Hvilke typer tiltak har hatt best effekt, hvilke har blitt videreført, og hva er suksesskriteriene for henholdsvis gjennomføring og videreføring av tiltak?
 - Kunne tiltakene ha vært gjennomført uten tilskudd fra fylkeskommunen, og har inngåelse av samarbeidsavtalene endret hvilke folkehelseiltak kommunene prioriterer?

I denne rapporten behandler vi de to oppdragene sammen, og om hverandre. Denne todelingen vil derfor i liten grad gjenspeiles i rapporten.

Om folkehelsearbeidet i Nordland

Historisk bakgrunn²

Nordland fylkeskommune har gjennom flere tiår bygget opp friluftsliv, fysisk aktivitet og etter hvert folkehelse til det politiske området det er i dag. I løpet av denne perioden har fylkeskommunen tatt en sterk posisjon som pådriver for dette arbeidet, også nasjonalt. Blant annet var Nordland fylkeskommune pådriver for utarbeidelse av FYSAK-prinsippene og Frisklivssentralene, sammen med Buskerud fylkeskommune.

Gjennom stortingsmeldingen “Resept for et sunnere Norge” i 2002 fikk fylkeskommunene en oppfordring om å koordinere folkehelsearbeidet. Nordland fylkeskommune satset bevisst på å gjøre seg i stand til å ivareta dette ansvaret på en god måte. Dette skjedde blant annet ved at en fylkeskommunalt ansatt tilbrakte ett år i Canada, som er ansett for å være et foregangsland i folkehelsearbeid, for å studere folkehelse i praksis. I senere tid har også en politisk delegasjon vært på studietur til Canada for å se på det arbeidet som gjøres der.

Fylkeskommunens administrasjonen har hele tiden vært bevisst på å utfordre politisk nivå til å utvikle dette nye politikkområdet, og de oppgir selv at de opplever å ha fått gehør for dette. Fylkeskommunen har etter 2002 bygget en stor og faglig sterk stab med kompetanse som etter deres egen vurdering gjenspeiler kommunenes utfordringer på folkehelseområdet.

Fylkeskommunen fikk et lovpålagt ansvar for folkehelsearbeid gjennom Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet som trådte i kraft i 2010. Denne loven ble i 2012 erstattet av Lov om folkehelsearbeid. I perioden 2010 til 2015 var folkehelsearbeidet organisert i en egen avdeling i Nordland fylkeskommune. Folkehelse er i dag en seksjon i Etat for Kultur, Miljø og Folkehelse.

Nordland fylkeskommune har per sommeren 2017 ingen egen folkehelseplan etter plan og bygningsloven, men dette er under utarbeidelse. Fylkeskommunen har hatt handlingsplaner for folkehelse siden 2006/2007.

Om samarbeidsavtalene

Fylkeskommunen utarbeidet de første avtalene med kommunene i 2005, og disse ble i løpet av få år inngått med 15 av Nordlands kommuner. Nye avtaler ble inngått i 2008. De to første avtalene var like for alle kommuner, og avtalens hovedmål var at kommunene skulle ha en egen folkehelsekoordinator.

De foreløpig siste avtalene ble inngått i 2014, og skulle i utgangspunktet vare til 2016, men er forlenget ut 2017. Disse ble opprinnelig inngått for 43 av 44 kommuner. Per 2017 har alle de 44 kommunene i Nordland inngått samarbeidsavtale med fylkeskommunen om folkehelse.

De gjeldende avtalene er delt i to der den generelle delen (del 1) er lik for alle kommuner, mens det også er en spesiell del (del 2) tilpasset den enkelte kommune. Formålet med avtalene er å etablere et gjensidig forpliktende samarbeid om gjennomføring og videreutvikling av planer, strategier og tiltak for folkehelsearbeidet i kommunene.

² Kilde: intervju med administrativt ansatte i fylkeskommunen

Den generelle delen bygger i stor grad på folkehelseloven og handler i hovedsak om organisering av samarbeidet og partenes forpliktelser. Blant forpliktelser for begge parter kan nevnes:

- Øke forståelsen for og sikre forankring av folkehelsearbeidet i politisk og administrativ ledelse i kommunen / fylkeskommunen
- Drive frem det brede folkehelsearbeidet i et helhetlig samfunnsperspektiv mellom offentlig, frivillige og private aktører
- Ha strategier for folkehelsearbeidet med konkrete mål og tiltak, på bakgrunn av de viktigste folkehelseutfordringer
- Etablere tverretatlige samarbeidsorgan for folkehelsearbeid i kommunen og i fylkeskommunen.
- Sikre at oppfølging av prioriterte folkehelse tiltak er ivarettatt i kommunens og i fylkeskommunens budsjett
- Involvere medvirkningsorganer i alt folkehelsearbeid, og i særlig grad ha oppmerksomhet mot barn og ungdoms mulighet til deltakelse og medvirkning
- Utvikle egen organisasjon som helsefremmende arbeidsplass
- Fremme attraktive bo- og nærmiljø som bidrar til god stedsutvikling og økt fysisk og sosial aktivitet

Blant forpliktelser for spesifikt kommunen kan vi trekke fram:

- Ha ansatt folkehelserådgiver / folkehelsekoordinator
- Sikre hensiktsmessig organisering slik at folkehelsekoordinator har tilstrekkelig mulighet og myndighet til å være pådriver i kommunens tverretatlige folkehelsearbeid
- Delta i møter og nettverkssamlinger med kommuner og fylkeskommune knyttet til folkehelsearbeidet
- Rapportere om kommunens folkehelsearbeid i henhold til avtalte tidsfrister

Nordland fylkeskommune forplikter seg til å:

- Gi veiledning og rådgivning i folkehelsearbeidet
- Gjøre Fylkeskommunens oversikt over helsetilstanden i fylket relevant for kommunenes folkehelsearbeid
- Arrangere og delta i møter og nettverkssamlinger om folkehelse med kommunene i fylket
- Utvikle helsefremmende videregående skoler basert på anbefalt kriteriesett
- Bidra med årlig rammetilskudd
- Ha vedtatt fylkeskommunal handlingsplan for folkehelsearbeid

Den spesielle delen innledes med en kort beskrivelse av folkehelseutfordringene i den aktuelle kommunen. Deretter omtales mellom 4 og 7 prioriterte resultatområder og resultatmål som kommunene forplikter seg til å jobbe etter. To resultatområder er felles for alle avtaler: "helsefremmende barnehager og skoler" og "kunnskapsgrunnlaget". Nærmere beskrivelser av inngåelsen av disse avtalene, hva som ligger bak valg av prioriterte områder osv. beskrives nærmere senere i rapporten.

Nordland fylkeskommunes egne evalueringer

Nordland fylkeskommune har selv innhentet og sammenstilt en del data om kommunenes folkehelsearbeid i fylket. PwC har gått gjennom fylkeskommunens oppsummering av kommunenes rapportering for 2014-2016, evaluering av samarbeidsavtalene (Easyfact) og egnevaluering av seksjon for folkehelses oppfølging av samarbeidsavtalene om folkehelse. Samlet gir disse evalueringene et bilde både av hvordan kommunene jobber med folkehelse organisatorisk, hvilke erfaringer de har med samarbeidsavtalene, hvordan tilskuddene benyttes og hvordan fylkeskommunens oppfølging av kommunene fungerer. Her trekker vi frem noen av hovedpunktene fra disse evalueringene.

Alle kommunene i Nordland har i dag opprettet en folkehelsekoordinatorstilling. Om lag halvparten av folkehelsekoordinatorene er ansatt i 50 prosent stilling, 30 prosent har full stilling, mens de resterende

har mindre stillingsprosenter. Om lag halvparten av koordinatorstillingene er organisert direkte under rådmannen, mens den andre halvparten er plassert under ulike sektorer i kommunen.

To av tre kommuner oppgir at de har opprettet et oversiktsdokument som viser folkehelsestanden i kommunen. Videre jobber de fleste kommunene aktivt med å integrere folkehelseperspektivet i det kommunale planverket.

Kommunene opplever at samarbeidsavtalen med fylkeskommunen har bidratt til videreutvikling, sterkere forankring, bedre målretting og mer kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene. To av tre kommuner oppgir også at de har fått til bedre tverrfaglig samarbeid om folkehelsearbeidet som følge av avtalen. Samtidig er det viktig for kommunene at avtalen er skreddersydd for den enkelte kommune.

Kommunene mener at avtaletilskuddet er avgjørende for at folkehelsekoordinatortillingen kan videreføres. Videre mener kommunene at tilskuddet fra fylkeskommunen i stor grad brukes i tråd med hensikten.

De fleste kommunene er fornøyd med fylkeskommunens rolle som kunnskapsformidler i folkehelsearbeidet, selv om flere skulle ønske at fylkeskommunen i større grad oppsøkte kommunene aktivt.

Eksternt kunnskapsgrunnlag

En systematisk tilnærming til folkehelsearbeidet er en forutsetning for å lykkes med de målene man setter seg. Det finnes flere kilder kommunene kan benytte seg av for å få inspirasjon og veiledning om hvordan de kan tilrettelegge folkehelsearbeidet på en systematisk måte. Helsedirektoratet har utarbeidet flere veiledningssider på nett som er ment som supplement til folkehelselovgivningen, mens Senter for helsefremmende forskning og NTNU har utarbeidet en modell for systematisk folkehelsearbeid kalt «Trøndelagsmodellen». Det har ikke vært en del av PwCs mandat å vurdere om fylkeskommunens og kommunenes folkehelsearbeid utføres i tråd med disse, men vi anser det som et relevant bakteppe for rapporten.

Systematisk folkehelsearbeid etter folkehelseloven

Helsedirektoratet viser til at systematisk folkehelsearbeid i tråd med folkehelseloven må bygge på en oversikt over helsetilstanden i befolkningen. Gjennom å få oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer på helse skal folkehelseutfordringer og ressurser identifiseres. Basert på kunnskapsoversikten skal kommunen sette mål for hvordan den kan nå en helsevennlig samfunnsutvikling. Overordnede mål for folkehelse bør fastsettes i kommunale planer. Dette bidrar til politisk forankring, og bidrar til at folkehelsearbeidet ligger over sektornivå i kommunen.

Deretter bør kommunen utarbeide tiltak for å nå de overordnede målene. Helsedirektoratet har to prinsipper som er viktige å følge i tiltaksutformingen: befolkningsrettede strategier i kombinasjon med høyrisikostategier og innsats rettet mot de grunnleggende årsakene til helseforskjellene. De tiltakene kommunen utvikler bør være målbare, og legge til rette for evaluering i etterkant. Slik blir kommunen i stand til å vurdere effekten av tiltakene, og bruke dette videre inn i utvikling og forbedring av folkehelsearbeidet.

Trøndelagsmodellen

Trøndelagsmodellen³ for folkehelsearbeid er en metode for å operasjonalisere kravet til lovverket om kunnskapsbasert og systematisk folkehelsearbeid i kommunen. Modellen legger opp til at det er lokalsamfunnet som er den viktigste arenaen for kollektive tiltak når man skal drive med helsefremmende og forebyggende arbeid.

«Dagens sykdomsbilde er i stor grad knyttet til levevaner og livsstil, og kroniske sykdommer som har sammenheng med de sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene den enkelte lever under.»

- sitat fra Trøndelagsmodellen

Modellen legger opp til at systematisk folkehelsearbeid er en prosess i sju steg, som bygger på hverandre. For å sikre at folkehelsearbeidet i kommunen drives systematisk trekker Trøndelagsmodellen fram at hvert steg må gjennomføres før en kan gå over til det neste. Samtidig bygger modellen på at folkehelsearbeid er en kontinuerlig prosess, der en viktig bestanddel er at kommunen hele tiden dokumenterer og evaluerer folkehelsearbeidet, for så å drive kontinuerlig forbedring.

1. **Samfunnsoppdraget** innebærer å innhente en oversikt over helsetilstanden for befolkningen i kommunen, forankre folkehelsearbeidet i det kommunale planverket, og utarbeide strategier for involvering av kommunens innbyggere
2. **Klargjøre kunnskapsgrunnlaget** innebærer å innhente relevant informasjon og statistikk om befolkningens helsetilstand
3. **Involvere og utvikle** tiltak gjennom å involvere befolkningen, og hente innspill til mulige tiltak for å adressere de utfordringene kommunen har
4. **Planlegge tiltak** basert på de innspillene som kommer gjennom involvering av befolkningen, og identifiserte folkehelseutfordringer
5. **Gjennomføre** tiltak ved å sikre kontinuerlig oppfølging av framdrift, samt dokumentere erfaringer underveis i gjennomføringen
6. **Evaluerer** ved å hente ut og systematisere erfaringer både knyttet til effekt av tiltak, og prosess ved gjennomføring
7. **Videreføre fra handling til ny kunnskap** ved å ta inn kunnskap fra tidligere arbeid i det videre folkehelsearbeidet. Sikre at ny kunnskap blir en del av beslutningsgrunnlaget i kommunen, og fører til ny policy og praksis.

Trøndelagsmodellen anbefaler at kommunens folkehelsestrategier bør være sektorovergripende og tverrfaglige, mens tiltak må evalueres for å utvikle og forbedre praksis.

Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner – NIBR

By- og regionforskningsinstituttet NIBR undersøkte i 2014 hvordan norske kommuner jobber med folkehelse ved å kartlegge:

- hvem som er målgrupper for dette arbeidet
- hva som er strategiene for å nå målgruppene
- om kommuner iverksetter kunnskapsbaserte tiltak
- om de mener at de har effekt av tiltakene og selv kan styre hvilke tiltak de skal sette i verk

³ http://www.frakunnskaptilhandling.no/Nyheter/Documents/Trøndelagsmodellen_el.pdf

Rapporten trekker fram at de aller fleste kommuner har tatt inn folkehelse i det overordnede planverket i kommunen. Kommunene opplever selv at de har god oversikt over kommunens eget utfordringsbilde på folkehelse, men at kunnskapen om hvilke tiltak som gir god effekt ikke er like stor. Det er avgjørende for kommunen å ha et godt kunnskapsgrunnlag om helsetilstanden til kommunens befolkning. Dette er en forutsetning for å kunne utvikle de riktige tiltakene, men det er også med på å forankre viktigheten av folkehelsearbeidet i kommunens administrative og politiske ledelse. Slik forankring er avgjørende for å sikre finansiering av folkehelseområdet, særlig i nedgangstider der kommunen må kutte utgifter.

Kommunene trekker fram at de er avhengige av statlige og fylkeskommunale stimuleringsmidler for å kunne iverksette tiltak. Samtidig er slike midler med på å styre hvilke tiltak kommunene kan iverksette på folkehelseområdet. Enkelte kommuner trakk i evalueringen fram at slike midler kunne føre til at kommunene ikke sto tilstrekkelig fritt til å utvikle tiltak som dekker de behovene de selv har, og å tilpasse tiltakene til lokale forhold.

De fleste kommunene trekker fram at de ønsker både befolkningsrettede og målrettede tiltak, mens barn og unge er den viktigste målgruppa for tiltakene. De befolkningsrettede tiltakene dreier seg i stor grad om tilrettelegging, der formålet er å redusere egeninnsatsen som kreves for at befolkningen skal kunne ta gode valg for å fremme egen helse. Flere kommuner trekker i denne sammenhengen fram at det kan være utfordrende å tilrettelegge tiltak på en måte som gjør at de som vil ha størst nytte av tiltaket faktisk benytter seg av det.

Metode, datagrunnlag og gjennomføring

Dokumentanalyse

PwC har mottatt all rapportering fra Nordlandskommunene til fylkeskommunen i perioden 2014-2016, samt alle kommunenes samarbeidsavtaler med fylkeskommunen. Vi har fått oversendt følgende dokumentasjon for hver kommune:

- Rapport om den enkelte kommunens organisering av folkehelsearbeidet for hvert av årene 2014, 2015 og 2016
- Kommunens tiltaksplan for folkehelsearbeidet for hvert av årene 2014, 2015 og 2016
- Rapport på bruk av tilskuddsmidlene fra fylkeskommunen for hvert av årene 2014, 2015 og 2016
- Revisoruttalelse på bruk av tilskuddsmidlene for hvert av årene 2014, 2015 og 2016
- Kommunens samarbeidsavtale med fylkeskommunen

Den innsendte dokumentasjonen er benyttet som et kunnskapsgrunnlag for den øvrige datainnsamlingen.

Kvantitativ analyse

PwC har benyttet to kilder til statistikk for de kvantitative analysene: kommunenes rapportering på bruk av tilskuddsmidler og en spørreundersøkelse som ble sendt ut til alle folkehelsekoordinatorene i Nordlandskommunene.

Rapportering av tilskuddsmidler

PwC har systematisert kommunenes rapportering på bruk av tilskuddsmidler i perioden 2014-2016, basert på kommunenes egen rapportering til fylkeskommunen. For hvert enkelt tiltak kommunene har brukt tilskuddsmidler på har PwC registrert egenskaper ved tiltaket, for å legge til rette for en systematisk analyse av bruken av tilskuddsmidler. PwC har registrert data innenfor følgende kategorier:

- Utgifter til tiltaket
- Om tiltaket er målrettet eller befolkningsrettet
- Hvilken målgruppe målrettede tiltak retter seg mot
- Hvilken type folkehelsegevinst tiltaket skal gi (tiltakskategori)
- Om tiltaket er videreført fra året før

I tillegg har PwC supplert data fra tiltaksrapporteringen med bakgrunnsinformasjon om den enkelte kommune hentet fra SSB. Disse dataene har vært innbyggertall, kommunens frie inntekter per innbygger og kommunenes netto driftsutgifter til forebygging.

Spørreundersøkelse til folkehelsekoordinatorene

PwC gjennomførte en spørreundersøkelse blant folkehelsekoordinatorene i kommunene i Nordland i perioden 12. til 27. juni 2017. Spørreundersøkelsen ble gjennomført elektronisk og sendt ut til 43 respondenter. Av disse fikk vi 32 svar, noe som gir en svarprosent på 75. Folkehelsekoordinatorer i både store og små kommuner, og kommuner i hele fylket har besvart spørreundersøkelsen. Vi anser derfor svarene i spørreundersøkelsen som tilstrekkelig til å være representative for nordlandskommunene som helhet.

I spørreundersøkelsen ble folkehelsekoordinatorene spurt om forhold ved den administrative organiseringen av folkehelsearbeidet i sin kommune, engasjement for folkehelsearbeidet fra politisk og administrativ ledelse i kommunen, samt samarbeidet mellom kommunen og fylkeskommunen. I spørreundersøkelsen ble folkehelsekoordinatorene også bedt om å komme med gode og dårlige erfaringer fra folkehelsearbeidet i kommunene.

Casestudier

For å få dypere innsikt i hvordan kommunene i Nordland jobber med folkehelse har vi intervjuet representanter for sju kommuner i Nordland. Kommunene ble valgt med utgangspunkt i kommunestørrelse, geografi, mottatt tilskuddsbeløp, rapportert måloppnåelse og kommunens egenfinansiering på folkehelseområdet. Valg av kommuner ble gjort i samråd med Nordland fylkeskommune. Formålet var å velge kommuner med ulik profil, for å kunne få innsikt i ulike utfordringer kommunene møter på i folkehelsearbeidet. Basert på disse kriteriene intervjuet vi følgende kommuner:

- Bodø
- Grane
- Leirfjord
- Meløy
- Rana
- Tjeldsund
- Vågan

For disse kommunene har vi intervjuet folkehelsekoordinator, administrasjonssjefen (rådmann) eller dennes representant og ordfører. Vi har ikke lyktes med å komme i kontakt med rådmannen i Vågan kommune og ordfører i Rana kommune.

Tema for intervjuene har vært: planlegging/prioritering av tiltak, effekt av tiltak, betydningen av tilskudd fra fylkeskommunen, betydningen av annen støtte fra fylkeskommunen, samt suksesskriterier for godt folkehelsearbeid.

Alle intervju med folkehelsekoordinatorer er gjennomført som fysiske intervju, i hovedsak ved oppmøte i case-kommunene, i perioden 19. mai 2017 til 19. juni 2017. Noen av intervjuene med rådmenn og ordførere er gjennomført per telefon i etterkant.

Fokusgruppeintervjuer

I tillegg til de individuelle intervjuene med enkeltkommuner har vi også gjennomført fokusgruppeintervjuer med fire av koordinatornettverkene i Nordland:

- HALD
- Nord-Helgeland
- Salten
- Vesterålen

Fokusgruppeintervjuer, med flere folkehelsekoordinatorer i samme intervju, gir en annen ramme for intervjuet enn én-til-én intervjuer. Mens et én-til-én-intervju er godt egnet til å få fram den enkelte

Bruk av eksempler



Gjennom rapporten trekker vi frem en rekke eksempler på måter å organisere folkehelsearbeidet på, eller på konkrete tiltak som kommuner opplever å ha lyktes med. Vi presiserer at dette kun er ment som illustrasjoner til inspirasjon for andre kommuner. PwC kan verken gå god for at de omtalte eksemplene har den ønskede effekten eller at de vil være relevante eller riktige å prioritere for andre

kommunens utfordringer, er fokusgruppeintervjuer godt egnet til å identifisere forhold som er gjennomgående for flere av kommunene. Det åpner også for at informantene kan diskutere seg imellom på områder der de har ulik oppfatning eller erfaring.

PwC har brukt fokusgruppeintervjuene til å gå nærmere inn på både kommunenes og nettverkens samarbeid med fylkeskommunen og hvor godt avtalene fungerer. I disse intervjuene har vi også fått mer informasjon om hvordan arbeidet i nettverkene foregår, og hvor godt det fungerer.

I rapporten gjengir vi intervjudata fra casestudiene og fokusgruppeintervjuene om hverandre, og som regel med henvisninger som «folkehelsekoordinatorene sier i intervju» eller lignende.

Samarbeidsavtalens betydning for folkehelsearbeidet i kommunene

I dette kapitlet presenteres våre data og vurderinger knyttet til samarbeidsavtalen. Informasjonen i dette kapitlet er basert på den datainnsamlingen PwC har gjort gjennom intervjuer, spørreundersøkelse og gjennomgang av dokumentasjon.

Viktig med god prosess før avtaleinngåelse

Før samarbeidsavtalene mellom kommunene og fylkeskommunene ble inngått i 2014 ble alle kommuner invitert til individuelle samtaler med fylkeskommunen om innholdet i avtalen. I disse samtalene var det særlig del II av avtalen som var tema. Formålet var at kommunen og fylkeskommunen skulle bli enige om hvilke områder kommunen burde prioritere i folkehelsearbeidet den kommende perioden. Størrelsen på tilskuddet til den enkelte kommune var også delvis basert på disse samtalene.

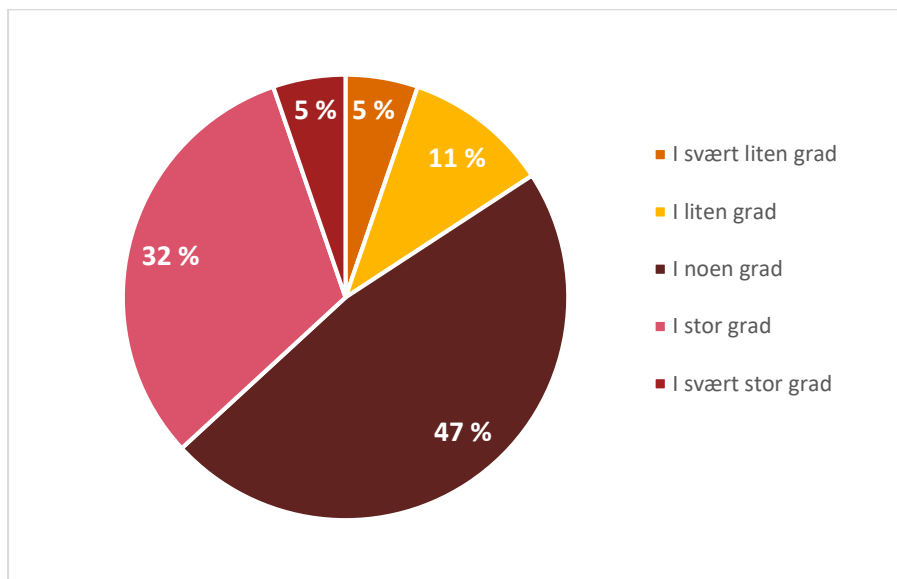
Mange av kommunene PwC har snakket med opplevde at de ikke fikk tilstrekkelig tid til å forberede seg til samtalen med fylkeskommunen. Dette førte til at den interne prosessen i kommunen før møtet ikke var god nok, noe som igjen fikk konsekvenser for avtalen mellom kommunen og fylkeskommunen. Flere kommuner oppgir at de ikke rakk å involvere alle relevante parter i kommunen til å komme med innspill på prioriterte områder i folkehelsearbeidet. En kommune nevner som eksempel en rekke prioriterte områder som på forhånd burde ha vært drøftet med teknisk etat, men som ikke var det. Når det i ettertid viste seg at teknisk etat ikke var enig i at disse områdene burde prioriteres, ble det krevende å gjennomføre tiltakene. Dette bidro til at kommunen ikke nådde sine avtalefestede mål.

Mange kommuner hadde heller ikke rukket å innhente tilstrekkelig informasjon om folkehelsestatusen i kommunen i forkant av møtet. Dette medførte i noen grad at de prioriterte områdene i avtalen ikke ble tilstrekkelig relevante, noe som igjen i noen grad medførte at avtalen fikk mindre legitimitet i kommunen.

«De prioriterte områdene i samarbeidsavtalen har ikke særlig stor verdi for vår kommune i dag. Det skyldes at kommunen ikke hadde god nok kunnskap om folkehelsestatus da den ble laget. [...] Dessuten anses avtalens prioriterte områder som så runde at de ikke i praksis er førende for kommunens folkehelsearbeid. Det som er mest førende for vårt arbeid, er kommunens egne planer.»
- folkehelsekoordinator

De fleste kommunene var representert med folkehelsekoordinator og rådmann i møtet med fylkeskommunen. De kommunene der rådmannen ikke hadde anledning til å stille trekker fram at dette svekket avtalens legitimitet og forankring i kommunen. Over 80% av folkehelsekoordinatorene svarer i spørreundersøkelsen at det er viktig eller svært viktig at rådmannen er direkte involvert i utarbeidelsen av avtalen. Intervjuene med folkehelsekoordinatorene gir også inntrykk av at rådmannens involvering i arbeidet med avtalen før avtaleinngåelsen har hatt stor betydning for hvordan avtalen ble tatt imot og brukt i kommunen i etterkant.

Figur 1 I hvilken grad var rådmannen tilstrekkelig involvert i utarbeidelsen av de prioriterte områdene for din kommune?



De fleste folkehelsekoordinatorene i Nordland gir inntrykk av at rådmannen kunne vært mer involvert i utarbeidelsen av de prioriterte områdene enn hva han/hun var. Om lag halvparten av folkehelsekoordinatorene oppgir at rådmannen i noen grad var tilstrekkelig involvert i utarbeidelsen av de prioriterte områdene, mens 37 prosent mener rådmannen i stor eller svært stor grad var tilstrekkelig involvert. Økt involvering av rådmannen kunne sikret større forankring av samarbeidsavtalen i kommunen, og dermed også økt prioritering av folkehelsearbeidet.

I enkelte kommuner gjenspeilet fylkeskommunens avtaletekst i liten grad det de pratet om i møtet. De ser imidlertid dette i sammenheng med at de selv møtte dårlig forberedt og uten klare meninger om hvilke mål kommunen ville jobbe mot i folkehelsearbeidet.

Samtidig hadde andre kommuner gjort gode forberedelser før avtaleinngåelsen og møtte med en engasjert rådmann med klare meninger om retning for folkehelsearbeidet. Disse kommunene oppgir at de fikk en god avtale med relevante resultatmål. De har også inntrykk av at de fikk mer tilskudd enn andre kommuner.

«Den viktigste effekten avtalen har, er at den fungerer som en katalysator. Den sørger for at folkehelse blir satt på agendaen, at kommunene tvinges til å ta stilling til hva de vil med folkehelsearbeidet sitt. Vår kommune hadde ikke vært der den er i dag uten avtalen.»

- rådmann

Størrelsen på disse tilskuddene knyttet til samarbeidsavtalens del II varierer mellom kommunene. Det lå ikke klare fastlagte kriterier til grunn for å avgjøre størrelsen på den enkelte kommunes tilskudd i forkant av møtene mellom kommunene og fylkeskommunen. Ifølge fylkeskommunen opererte de med en tommelfingerregel med kr 20-30.000 per prioriterte område. Utover dette sier fylkeskommunen at størrelsen på tilskudd i noen grad ble påvirket av andre forhold, som om folkehelsekoordinator og rådmannen fremstod som kompetente, engasjerte og interesserte i folkehelsearbeidet i møtene i forkant av avtaleinngåelsen.

For å oppsummere erfaringene fra prosessen før forrige runde med avtaleinngåelse, vil vi trekke frem følgende hovedpoeng:

- Det er kritisk at kommunene har tilstrekkelig, faglig fundert kunnskap om utfordringene i egen kommune før avtalene inngås. Uten dette risikerer man at kommunen forplikter seg til områder som senere viser seg å være mindre treffende. Dette var i noen grad tilfelle i forrige runde. Dette omtales videre i kapittelet om oversiktsdokumentet senere.
- Det er av stor betydning for det senere folkehelsearbeidet at rådmannen er involvert i inngåelsen av avtalen. Dette ser ut til å bidra til å sikre forankring av og forståelse for folkehelsearbeidet generelt, og den forpliktelsen avtalen medfører spesielt, i kommuneledelsen.
- Det er videre av stor betydning at kommunen får *god nok tid* til å behandle avtalen i egen kommune. Dette er av betydning både for politisk forankring, og for forankring i organisasjonen.

PwC mener at fylkeskommunen i neste avtaleprosess vil være tjent med å sørge for at beregningene av hvor mye tilskudd den enkelte kommune skal få, gjøres mer forutsigbar og mindre skjønnspreget. Dette kan for eksempel skje gjennom utarbeidelse av noen enkle kriterier for beløpsfastsettelse.

Oversiktsdokumentet er viktig, men ble laget for sent

Ved innføring av Folkehelseloven i 2012 kom en bestemmelse som innebar viktige forpliktelser for kommunene:

Tekstboks 1 Folkehelselovens krav om kartlegging av helsetilstanden blant kommunens innbyggere,

§ 5. Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen

Kommunen skal ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne. Oversikten skal blant annet baseres på:

- a) opplysninger som statlige helsemyndigheter og fylkeskommunen gjør tilgjengelig etter §§ 20 og 25,*
- b) kunnskap fra de kommunale helse- og omsorgstjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-3 og*
- c) kunnskap om faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan ha innvirkning på befolkningens helse.*

Oversikten skal være skriftlig og identifisere folkehelseutfordringene i kommunen, herunder vurdere konsekvenser og årsaksforhold. Kommunen skal særlig være oppmerksom på trekk ved utviklingen som kan skape eller opprettholde sosiale eller helsemessige problemer eller sosiale helseforskjeller.

Folkehelseloven krever at kommunene skal skaffe seg oversikt over helsetilstanden i befolkningen, samt hvilke positive og negative faktorer som virker inn på befolkningens helse i kommunen. Blant annet utgir Folkehelseinstituttet årlige folkehelseprofiler for kommuner og fylker som sier noe tilstanden innenfor ulike måleparametere, og sammenligner med andre kommuner. Kommunen kan også gjøre egne undersøkelser om befolkningens helsetilstand.

Vi omtaler denne oversikten i det videre som “oversiktsdokumentet” som i henhold til egen forskrift skal omfatte opplysninger og vurderinger av:

- befolkningssammensetning
- oppvekst- og levekårsforhold
- fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- skader og ulykker
- helserelatert atferd

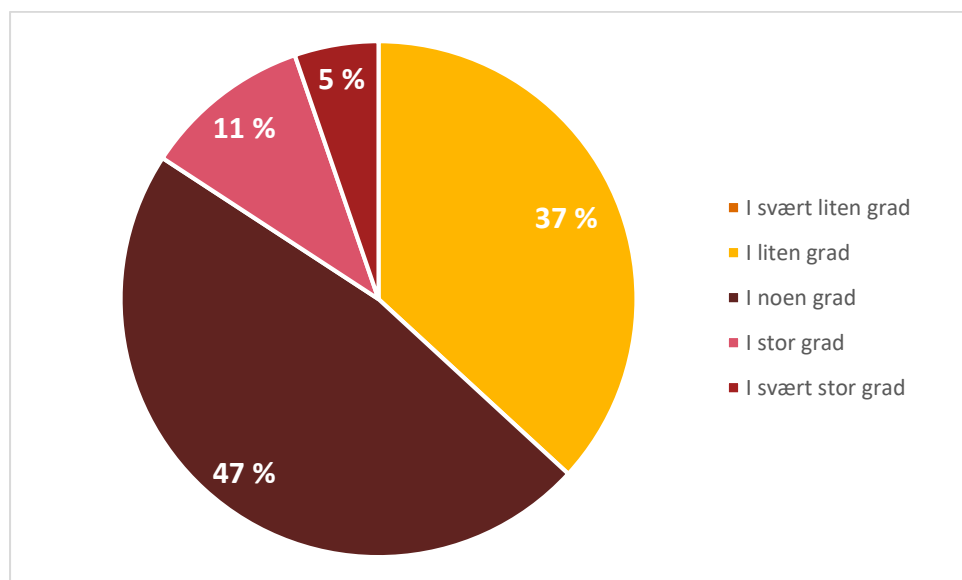
- helsetilstand.⁴

Dette er forhold som det vil være av stor betydning for en kommune å ha oversikt over når den skal prioritere hvilke områder som den skal rette innsatsen mot folkehelseområdet. Inntrykket fra intervju med folkehelsekoordinatorene er at det varierer i hvor stor grad kommunene hadde utarbeidet denne oversikten før de inngikk avtalene i 2014. Alle avtalene inneholder en kortfattet beskrivelse av folkehelseutfordringer i den enkelte kommunen, men vårt inntrykk er at det varierer i hvilken grad dette er resultat av en grundig prosess, eller om det er forhold som nærmest er listet opp “på sparket” i møtet mellom kommunen og fylkeskommunen.

«Da avtalen ble utformet, hadde [vi] ikke oversikt over utfordringene i kommunen. Avtalen ble utformet i litt hastverk, og det som ble prioritert var litt tilfeldig. Når kommunen da i etterkant finner ut hva de virkelige utfordringene er, føler vi oss «fanget» av NFK til å prioritere arbeid innenfor de de prioriterte områdene.»
 - folkehelsekoordinator

Svar fra spørreundersøkelsen til folkehelsekoordinatorene støtter opp om dette inntrykket. Kun én av seks folkehelsekoordinatorer oppgir at de i stor eller svært stor grad hadde den nødvendige oversikten over helsetilstanden i befolkningen før avtalen ble inngått. De fleste (47%) oppgir at de i noen grad hadde denne oversikten, mens 37% oppgir at de i liten grad hadde oversikt over helsetilstanden i befolkningen i sin kommune.

Figur 2 I hvilken grad hadde din kommune nødvendig oversikt over helsetilstanden i befolkningen før avtalen ble inngått?



⁴ Forskrift om oversikt over folkehelsen § 3. Helsedirektoratet har også gitt ut en egen veileder om emnet: “God oversikt – en forutsetning for god folkehelse”, Helsedirektoratet, 2013.

Alle kommunene har oppdatering og utarbeiding av kunnskapsgrunnlag som et av de prioriterte områdene i samarbeidsavtalens del II. På denne måten forpliktet både kommunene og fylkeskommunen seg til å utarbeide oversiktsdokumentet i løpet av avtaleperioden, og deretter å bruke dette aktivt som kunnskapsgrunnlag i arbeidet med kommunal planstrategi og andre planer, strategier og tiltak. I kommunerapporteringen for 2016 oppga 32 av 43 kommuner at de hadde utarbeidet dette, mot 19 i 2015.

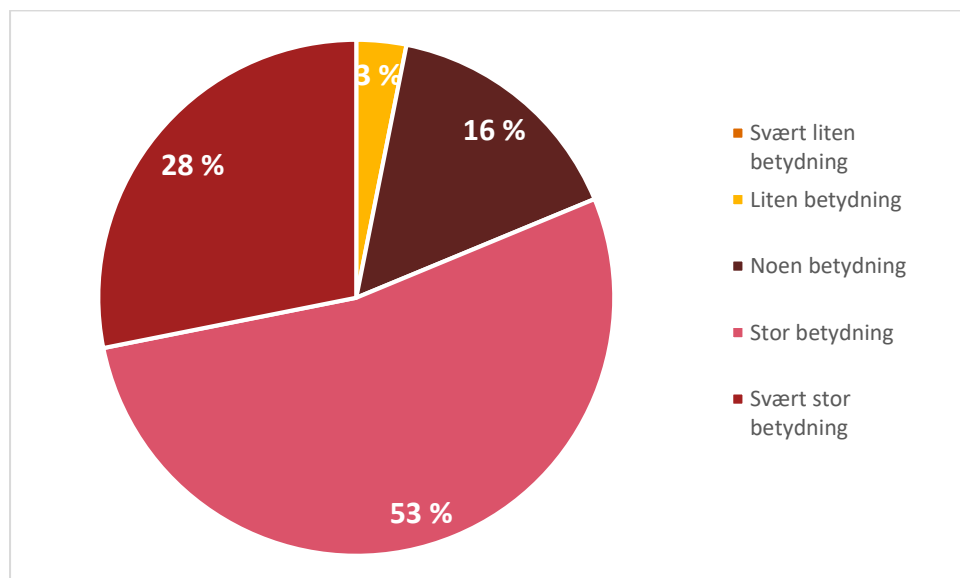
Etter at kommunene har laget oversiktsdokumentet, tyder intervjuene på at dette har hatt stor betydning for folkehelsearbeidet. En kommune trekker blant annet fram at utarbeidelsen av oversiktsdokumentet har gitt kommunen kunnskap om utfordringer de ikke hadde tilstrekkelig kjennskap til da samarbeidsavtalen ble utarbeidet. En konsekvens av dette er imidlertid at samarbeidsavtalen ikke lenger oppleves som like relevant. Den aktuelle kommunen tok inn de nye utfordringene i det kommunale planverket, og opplever derfor dette som mer førende enn samarbeidsavtalen med fylkeskommunen.

At utarbeidelsen av oversiktsdokument hadde stor betydning for folkehelsearbeidet bekreftes av resultatene i spørreundersøkelsen, der 81 prosent svarer at oversiktsdokumentet har hatt stor eller svært stor betydning for folkehelsearbeidet i kommunen.

Illustrasjon: Meløy kommune har laget en fin brosjyre av oversiktsdokumentet.



Figur 3 Hvilken betydning har oversiktsdokumentet/kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet i din kommune?



Årsakene til at oversiktsdokumentet har hatt så stor betydning, er flere:

1. Kunnskap om utfordringer er nødvendig for å innrette ressursene der de trengs mest. Gjennom å lage denne oversikten, kan kommunene i større grad vite at de prioriterer riktig.
2. Oversiktsdokumentet er et godt bidrag til både administrativ og særlig politisk forankring av folkehelsearbeidet. En tydelig oversikt over befolkningstilstanden på ulike områder bidrar til å sikre forståelse for og oppmerksomhet om betydningen av å arbeide med de påviste utfordringene.

Mange av kommunene har praksis for å legge fram oversiktsdokumentet for politisk behandling eller å orientere om det i kommunestyret. Disse opplever at dette er et viktig bidrag til å skape forståelse for de utfordringene kommunen står ovenfor, og dermed større aksept for folkehelsearbeidet.

Oppsummert er PwCs vurdering at oversiktsdokumentet har hatt stor betydning for folkehelsearbeidet i kommunene i Nordland. Vi mener at det var negativt for utarbeidelsen av de gjeldende avtalene at ikke oversiktsdokumentene var utarbeidet på forhånd, slik at de kunne bli lagt til grunn for utarbeidelsen av resultatområdene. I arbeidet med nye avtaler bør partene ta utgangspunkt i oversiktsdokumentet og de påviste utfordringene for den enkelte kommune.

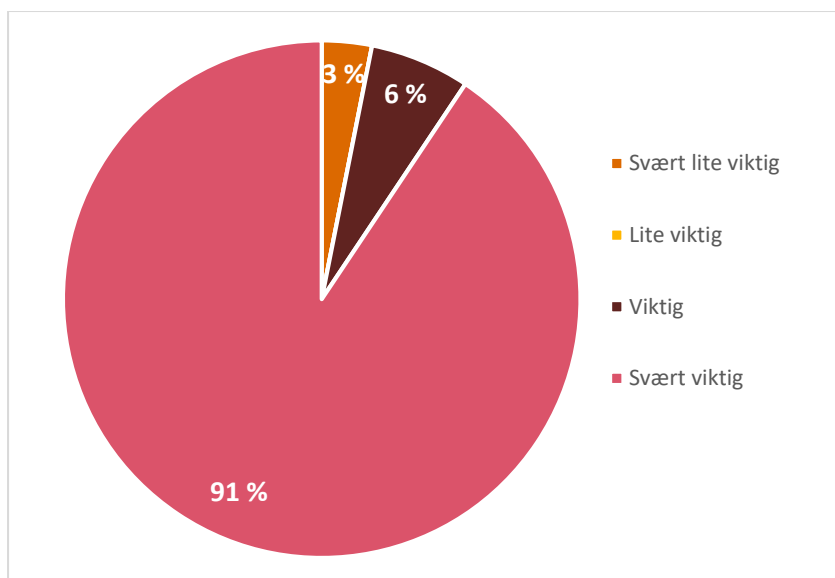
At avtalen er forpliktende har stor betydning for folkehelsearbeidet

Avtalene innebærer en rekke forpliktelser for kommunene. De er vedtatt av kommunestyrene og signert av ordfører. Folkehelsekoordinatorene sier i intervjuene at det at avtalen innebærer klare forpliktelser for kommunene har hatt stor betydning for folkehelsearbeidet. Ikke minst mener de at det har hatt avgjørende betydning at avtalen er vedtatt av kommunestyrene, slik at den innebærer en faktisk forpliktelse for kommunen. Det støttes av flere av rådmennene, særlig i en fase der folkehelsearbeidet har vært under oppbygging. I intervjuene kom det opp flere eksempler på kommuner som vurdert kutt i innsats som er viktig for folkehelsearbeidet, men der koordinator eller andre har avverget dette ved å vise til forpliktelsene i avtalen.

«Avtalen er gull verdt når kommunen skal vurdere kostnadskutt, og vi kan vise til at folkehelse faktisk er en forpliktelse for kommunen.»
- folkehelsekoordinator

Spørreundersøkelsen viser at alle folkehelsekoordinatorene, med unntak av én, mener det er viktig eller svært viktig at kommunestyret vedtar samarbeidsavtalen mellom kommunen og fylkeskommunen.

Figur 4 Hvor viktig er det at kommunestyret vedtar avtalen?



PwC mener dette viser at det er av avgjørende betydning for folkehelsearbeidet at avtalen innebærer en faktisk forpliktelse for kommunene. Vårt syn er derfor at fylkeskommunen må jobbe for at også framtidige avtaler vedtas av kommunestyrene, og inneholder klare forpliktelser.

Avtalen må gi nok spillerom for kommunene

På den andre siden trekker enkelte av case-kommunene fram i intervju at elementer ved avtalen kan oppleves som for stringente, slik at de blir et hinder i folkehelsearbeidet. Dette begrunnes med at avtalen, og særlig de prioriterte områdene, «tvinger» kommunene til å jobbe med disse områdene. I tilfeller der de prioriterte områdene ikke stemmer overens med kommunens behov, blir dette lite heldig.

«Vår kommune har et avtalefestet mål om at en stor andel av befolkningen skal bruke aktiv transport. Det er et langsiktig, «hårete» mål. Men med fylkeskommunens årlige krav til rapportering på at tilskuddsmidler skal brukes til å nå dette målet, tvinges kommunen til å gjennomføre små, ubetydelige tiltak for å ha noe å rapportere om. For eksempel lager vi en informasjonskampanje som på sikt er ubetydelig, når det virkelige hinderet er mangel på gang og sykkelvei.»

- folkehelsekoordinator

PwCs inntrykk er at dette er en utfordring som ikke gjelder alle kommunene. I spørreundersøkelsen oppgir over 70 prosent av folkehelsekoordinatorene at avtalen gir kommunen frihet til å prioritere hva slags tiltak de vil bruke tilskuddsmidlene på.

Det er viktig at avtalene er så fleksible at kommunene har et handlingsrom til selv å styre folkehelsearbeidet. Det kan blant annet løses ved at de prioriterte områdene ikke formuleres for snevert.

Vårt inntrykk er uansett at denne utfordringen i stor grad må ses i sammenheng med at avtalene ble inngått på et tidspunkt der kommunene i for liten grad hadde kunnskap om utfordringene i egen kommune. Det medførte at noen kommer fikk målformuleringer som senere skulle vise seg å være mindre relevante for kommunens faktiske utfordringer.

Kommunenens organisering av folkehelsearbeidet

Folkehelsekoordinatorene er nøkkelpersoner i det kommunale folkehelsearbeidet

Vårt inntrykk er at folkehelsekoordinatorene har hatt og har en helt avgjørende rolle i kommunenes folkehelsearbeid. Koordinatorene bidrar til å løfte fokuset på folkehelse og øker kommunenes kompetanse på hvorfor folkehelse er viktig og hvordan kommunen på best mulig måte kan bidra til økt folkehelse blant sine innbyggere. Dette gjelder både ute i organisasjonen, i administrativ ledelse og i politiske organer, og blant samarbeidspartnere i kommunen, som frivilligheten.

Betydningen av folkehelsekoordinatorens rolle og dennes kompetanse og engasjement ble fremhevet av alle rådmennene vi intervjuet. Kommunene har mange roller og en svært sammensatt tjenesteproduksjon, og kampen om oppmerksomhet og hva som skal prioriteres er til enhver tid stor. De fleste ledere har et spesifikt ansvar for et fagområde eller en virksomhet og jobber for at dette skal få et større fokus i kommunen. Ingen andre enn folkehelsekoordinatoren har dette spesielle fokuset på folkehelse. Til daglig er de fleste lederne "opptatt med sitt" og fokuserer mest på å gi elevene et best mulig pedagogisk tilbud, sikre effektiv og riktig saksbehandling, gi de eldre best mulig omsorgstjenester osv. Folkehelsekoordinatorene har derfor en viktig rolle for å sikre at folkehelseperspektivet blir ivaretatt i alle sektorer i kommunen.

«Det aller viktigste for folkehelsearbeidet i vår kommune er at vi har en folkehelsekoordinator som evner å være pådriver i dette arbeidet. Som skaper engasjement og får resten av organisasjonen med seg!»
- ordfører

Tabell 1 Hvor stor stillingsprosent har folkehelse-koordinator? Eventuelt, hvor stor andel av arbeidstiden (%) er definert til folkehelsearbeid?

Stillingsprosent	2014	2015	2016
20 %	3	4	4
25 %	1	1	2
30 %	3	3	2
40 %	2	5	5
45 %	3	0	0
50 %	22	20	19
60 %	0	1	0
100 %	7	7	9
Ikke definert	2	2	2

Dette ble også bekreftet i intervjuene når vi utfordret rådmennene konkret om ulike tiltak som hadde blitt gjennomført uten folkehelsekoordinatorens innsats. Det er ingen tvil om at folkehelsearbeidet i kommunene hadde vært på et lavere nivå i dag om de ikke hadde hatt dedikerte stillinger som folkehelsekoordinator. De fleste kommunene opplever å ha kommet betydelig lenger i folkehelsearbeidet i dag, enn de hadde for kun et par år siden.

Vi er imidlertid i tvil om folkehelse er godt nok innarbeidet i alle kommuner til at dette vil videreføres på samme nivå dersom stillingene som folkehelsekoordinator skulle forsvinne.

Fylkeskommunen har selv kartlagt hvor stor stillingsandel folkehelsekoordinatorene i Nordland har. Kun 9 av kommunene hadde 100% stilling i 2016, mens omtrent halvparten har 50% stilling.

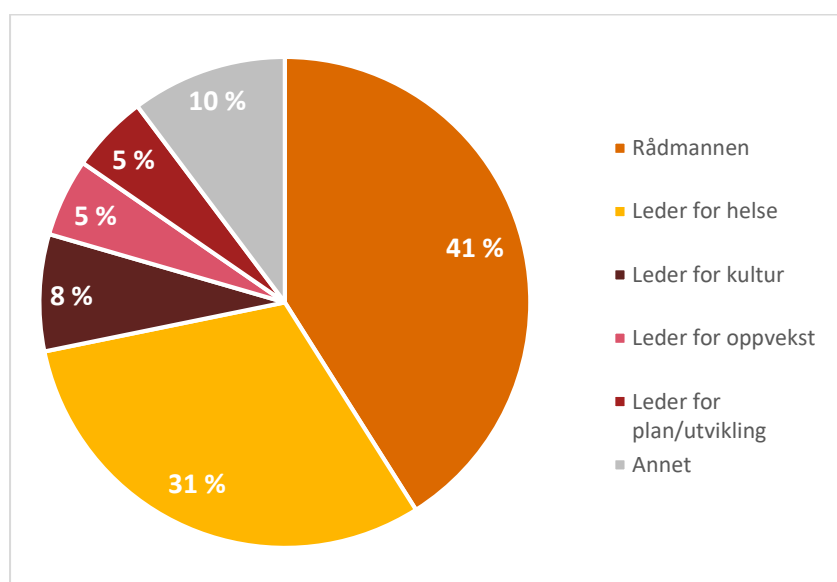
Stillingsstørrelsen hos folkehelsekoordinator ser i noen grad ut til å ha betydning for aktivitetsnivået og prioriteringen av folkehelsearbeidet i kommunen. Først og fremst oppgir folkehelsekoordinatorene at det er krevende å få utrettet nok i mindre stillinger enn 50%. De sier at stillingsstørrelsen særlig påvirker i hvilken grad koordinatoren har kapasitet til å jobbe i hele spekteret, fra det strategiske og overordnede arbeidet til gjennomføring av aktiviteter i samarbeid med kommunens ledere eller frivillige organisasjoner.

Enkelte folkehelsekoordinatorer mener at fylkeskommunen burde ha stilt krav til minst 50% stilling som folkehelsekoordinator, fordi de anser dette som minimum av hvilken stillingsandel man må ha for å få utrettet noe.

Organisatorisk plassering av folkehelsekoordinator kan ha betydning for folkehelsearbeidet

Kommunene i Nordland har valgt forskjellige løsninger for organisatorisk plassering av folkehelsekoordinatoren. Kommunenes egen rapportering til Nordland Fylkeskommune i 2016 viser at ca. 40% av folkehelsekoordinatorene er direkte underlagt rådmannen, 30% er organisert i helse, mens de andre hovedsakelig fordeler seg på kultur, oppvekst og plan.

Figur 5 Hvem er folkehelsekoordinators nærmeste leder? (kommunerapportering 2016)



De av case-kommunene som har valgt å organisere folkehelsekoordinator rett under rådmannen har gjort dette med et tydelig ønske om å løfte folkehelsearbeidet og bidra til at dette blir et helhetlig og tverrsektorielt arbeid. Det er i enkelte tilfeller også et uttrykk for rådmannens eget engasjement i folkehelse og at rådmannen selv ønsker å være tett på dette arbeidet. En organisering i direkte linje fra rådmannen ser ut til å bidra til god forankring i administrativ ledelse og sikrer at folkehelseperspektivet ivaretas i det strategiske utviklingsarbeidet. Samtidig gir fysisk plassering i nærheten av rådmannen noen fordeler. Å ha kontor i samme gang som sektorsjefer eller rådmannen gjør for eksempel at

folkehelsekoordinatoren lettere får en uformell dialog med disse og får drøftet små og store saker på en lettere måte enn om slike møter må avtales på forhånd med tid og sted.

For kommuner som har valgt en annen organisering ser bakgrunnen for valget ut til å være noe mer tilfeldig. I kommunene som har mindre enn 100% stilling har dette i enkelte tilfeller sammenheng med hvor resten av stillingen er plassert. Er stillingen en kombinasjon av 50% folkehelsekoordinator og 50% kulturkonsulent, har dette ofte bidratt til at stillingen organiseres sammen med kultur. En annen årsak kan være at vedkommende sektorsjef har et sterkt engasjement for folkehelse. Selv om denne bakgrunnen for valget fremstår noe tilfeldig opplever vi at kommunene har et bevisst forhold til hvor i organisasjonen folkehelsekoordinatoren er plassert og hvilke fordeler og ulemper dette gir.

Samtidig fremstår alle kommuner bevisste på at folkehelse ikke må oppfattes som del av den "behandlende" delen av helsesektoren og at det forebyggende folkehelseperspektivet handler om mye mer enn behandling og pleie. Dette gjelder også for de som har folkehelsekoordinatoren organisert som en del av helsesektoren. Én kommune som har lagt folkehelsekoordinatorstillingen under helse og omsorg oppgir at dette er for å plassere koordinatorstillingen sammen med et forebyggende team som jobber mot barn og unge. Formålet har vært å skape et miljø som jobber sammen om forebyggende spørsmål, samtidig som folkehelsekoordinatoren uansett jobber på tvers av organisasjonen, uavhengig av organisatorisk plassering.

Alle ledere
er folkehelse-
arbeidere!



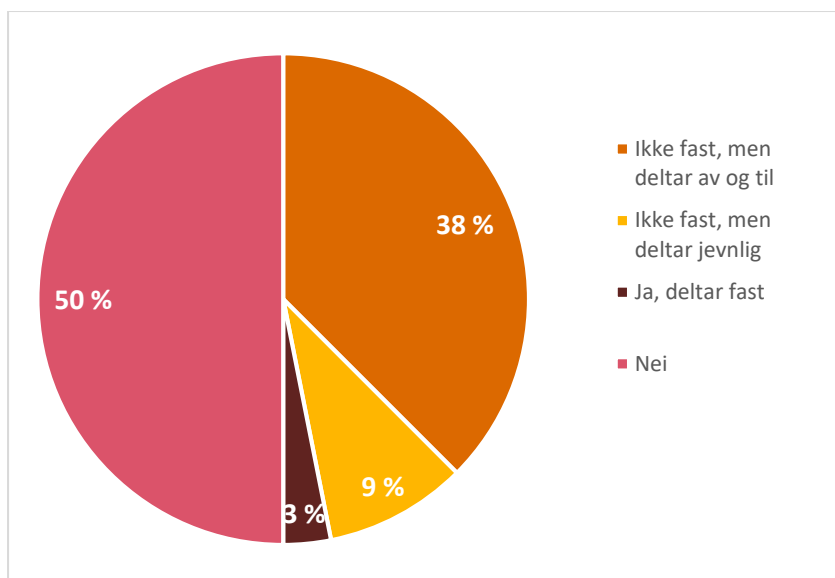
En av case-kommunene
har siden 2009 definert en
liten andel av alle
sektorsjefenes stilling som
folkehelse-koordinator.

Vi ser også at valg av organisatorisk plassering påvirker hvilke sektorer folkehelsekoordinatoren samarbeider tettest med. En plassering i helse gir naturlig godt samarbeid med helsestasjonen og legekontor (for eksempel gjennom grønn resept), mens plassering i oppvekst bidrar til stort fokus på barn og unge i skoler og barnehager. Slik sett kan en organisering direkte under rådmannen bidra til et mer helhetlig perspektiv og et bredere samarbeid med alle deler av kommunen.

Tilknytning til rådmannens ledergruppe

Ser vi nærmere på tilknytningen til administrativ ledelse, så sitter de færreste av folkehelsekoordinatorene i rådmannens ledergruppe. Vår spørreundersøkelse viser at kun 3 prosent av koordinatorene gjør dette på fast basis. Halvparten av koordinatorene er ikke representert i rådmannens ledergruppe, mens 38 prosent oppgir at de deltar av og til. De resterende 9 prosentene oppgir at de ikke deltar fast, men likevel jevnlig er til stede på møtene i rådmannens ledergruppe.

Figur 6 Er folkehelsekoordinator representert i rådmannens ledergruppe?



Fra intervjuene ser vi at de fleste har et ønske om å være tett på rådmannen og ha muligheten til å delta i ledelsens overordnede arbeid. For en folkehelsekoordinator med 50% stilling eller mindre er det krevende å binde opp mange timer i uka til et ledermøte som i stor grad brukes på saker som ikke er relevante for folkehelse. Dette vil i så fall gå på bekostning av andre aktiviteter og samhandling med andre i organisasjonen. Dette ser vi også gjennom svarene på spørreundersøkelsen. Lav stillingsprosent hos folkehelsekoordinatoren gir også mindre regelmessig deltakelse i møtene i rådmannens ledergruppe. Blant koordinatorene med under 50 prosent stilling, oppgir tre av fem at de ikke deltar i disse møtene i det hele tatt. De resterende to deltar av og til. Blant de med 50 prosent stilling oppgir halvparten av koordinatorene at de ikke er til stede i disse møtene, mens ytterligere 40 prosent deltar av og til. Kun et fåtall av folkehelsekoordinatorene som ikke har full stilling som folkehelsekoordinator oppgir at de deltar i møtene i rådmannens ledergruppe jevnlig eller fast.

«Både næring og økonomi har veldig stort fokus politisk og administrativt i vår kommune, og det er vanskelig å skape engasjement for folkehelse. Den politiske interessen har fått en liten oppsving i arbeidet med ny folkehelseplan, men på administrativt toppnivå er det svært lite engasjement for folkehelse. Dette kunne kanskje ha vært annerledes om folkehelsekoordinatoren satt i rådmannens ledergruppe og fikk være med og påvirke der.»

- kommuneoverlege

Rådmannens ledergruppe har et bredt og komplekst ansvar med mange andre saker som skal drøfte og besluttes gjennom et år. Folkehelse er et av disse viktige ansvarsene, men det fremstår som rasjonelt at også andre områder kan være vel så viktig for rådmannens ledergruppe i perioder. På den andre siden mener de fleste koordinatorene som er intervjuet at det er viktig å ha muligheten til å delta i rådmannens ledergruppe ved behov. Dette svarer også 50% av koordinatorene at de får anledning til.

Vår oppfatning fra casekommunene er at organisatorisk plassering og mulighet til å delta i rådmannens ledergruppe like mye er et uttrykk for administrativ ledelsens prioritering av dette arbeidet, som en forutsetning for vellykket folkehelsearbeid. Vårt inntrykk er at koordinatorens personlige egenskaper som samarbeidsevne, engasjement, kreativitet og formidlingsevne er vel så avgjørende som om vedkommende møter fast i rådmannens ledergruppe.

Tverrfaglig involvering varierer mellom kommunene

Alle kommunene som er intervjuet har et klart mål om å jobbe tverrfaglig med folkehelse. Både på overordnet nivå for kommunen, men også slik at alle sektorer og enheter i kommunen blir involvert. Flere av folkehelsekoordinatorerne vi har intervjuet fremhever tverrfaglig forankring som et suksesskriterium for folkehelsesatsingen. Samtidig er vårt inntrykk at det varierer mellom kommunene i hvilken grad de har lyktes med dette.

Et av virkemidlene for å oppnå tverrfaglig innsats for folkehelsen, er bruken av en tverrsektoriell gruppe som arbeider med folkehelse spørsmål.

I kommunerapporteringen for 2016 oppgir 36 av 42 kommuner at de har etablert en tverrsektoriell gruppe som arbeider med folkehelse spørsmål. 32 av de 36 kommunene oppgir at gruppen er aktiv. Disse tallene tilsier at 32 av 42 kommuner har aktive, tverrfaglige grupper. Skole er representert i de aller fleste gruppene, mens barnehage, helsestasjon, rådmannens stab og plan/miljø/teknisk er representert i noe færre. Det kan være verdt å merke seg at kultur, som av mange er ansett å være en viktig aktør i folkehelsearbeidet, er involvert i tverrfaglige grupper i 23 kommuner.

Tabell 2 Hvem er involvert i tverrsektoriell gruppe om folkehelsearbeid (kommunerapportering 2016)(N=42)?

	2014	2015	2016
Skoler	29	34	31
Barnehager	26	30	28
Helsestasjon	28	34	27
Rådmannens stab	31	32	25
Plan/miljø/teknisk	25	28	25
Skolehelsetjeneste	27	28	24
Pleie og omsorg	24	30	23
Kultur/idrett	26	27	23
Psykisk helsearbeid	22	26	21
Rusarbeid	19	24	21
Frivillig sektor	15	17	19
Barnevern	14	21	15
Frisklivssentral	13	15	14
Ungdomsråd	9	14	10
Eldreråd	9	11	9
Privat sektor	5	6	8
Annet	11	13	8
Idrettsråd	11	6	7
Tannhelsetjenesten	5	5	2

Ser vi kommunene under ett er det store variasjoner mellom kommunene i hvilke tjenesteområder de mener det er relevant å innlemme i det tverrfaglige folkehelsearbeidet.

Intervjuene med folkehelsekoordinatorerne tyder på at selv i kommuner som har etablert tverrfaglige forum, kan det variere i hvilken grad man har evnet å skape en virkelig tverrfaglig forståelse og et tverrfaglig engasjement for folkehelsesatsningen. Vårt inntrykk er at folkehelsearbeidet i de fleste kommunene er forankret i oppvekstsektoren, men at det varierer mellom de andre sektorene. Noen kommuner har for eksempel hatt utfordringer med å få forståelse og aksept for folkehelsehensyn i teknisk sektor, noe som vanskeliggjør tiltak der teknisk sektor skal være involvert.

Noen kommuner har gode erfaringer med å stille krav om at alle enhets/avdelingslederne skal rapportere på folkehelse tiltak i sine årsrapporter. De opplever at det kravet har bidratt til å tvinge alle lederne i kommunen til å tenke folkehelse.

Våre undersøkelser gir ikke grunnlag for å peke på enkeltstående faktorer som avgjør om en kommune lykkes med å etablere en virkelig tverrfaglig forankring av folkehelsearbeidet. Vi har likevel inntrykk av at det har betydning i hvilken grad kommuneledelsen engasjerer seg i folkehelse, og stiller krav om at lederne for de ulike sektorene skal ta folkehelsehensyn i sitt arbeid. Det samme gjelder den politiske oppmerksomheten om folkehelse. Noen casekommuner har politiske vedtak om at folkehelse skal vurderes i alle saker som legges fram for politisk behandling. Det tvinger både administrasjonen og folkevalgte til å tenke på folkehelse i alle saker, og fremheves av aktuelle kommuner som en suksessfaktor.

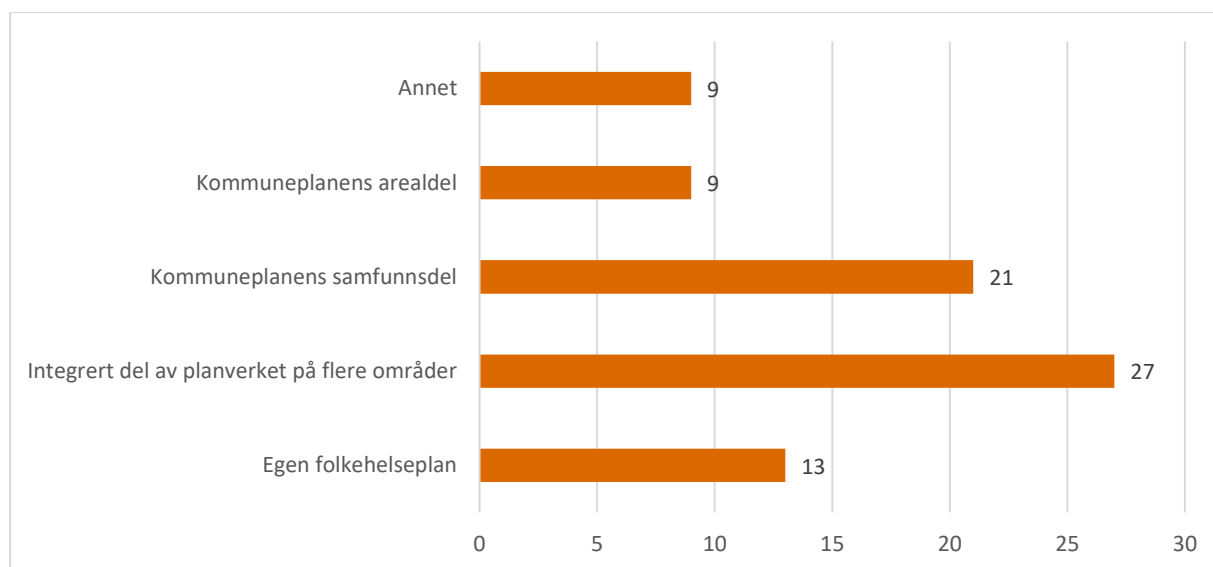
«I vår kommune er det en suksessfaktor at folkehelsearbeidet begynner allerede i barnehagen. Alle innbyggere får folkehelse inn med morsmelka. I barnehagen får barna høre: «vi er tjeldsundinger, vi skal på tur!».

- Ordfører i Tjeldsund kommune

Folkehelse er forankret i kommunale planer i de aller fleste kommunene

Oversiktsdokumentet skal ifølge Folkehelseloven brukes som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi, og som utgangspunkt for å fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplaner. Kommunene har løst dette på forskjellige måter. De fleste jobber for å integrere folkehelseperspektivet som en del av det ordinære planverket. Dette er gjerne et bevisst valg og et ledd i en strategi om helhetlig og tverrsektorielt arbeid med folkehelse. I kommunerapporteringen for 2016 oppgir 37 av 43 kommuner at de i løpet av foregående år har arbeidet aktivt med å integrere folkehelseperspektivet i kommuneplaner. Samtidig oppgir like mange at folkehelsekoordinator har vært involvert i samfunnsplanleggingen det siste året. Dette kjenner vi også igjen i vår spørreundersøkelse hvor folkehelsekoordinatorene ble spurt om hvordan folkehelse er planmessig forankret i deres kommune.

Figur 7 I hvilke deler av det kommunale planverket er folkehelse forankret? N=32



Nesten 85% av kommunene oppgir at folkehelse er en integrert del av planverket på flere områder. Dette sees på som et viktig skritt for å få forankret folkehelse på overordnet nivå og for å bidra til større forståelse for temaet. Spørreundersøkelsen tyder på at kommunene i Nordland har kommet svært langt i dette arbeidet.

«Folkehelsearbeid handler om en systematisk, strukturert og planmessig tilnærming der folkehelse implementeres i det altomfattende arbeidet som en kommune skal gjøre. Folkehelse er ikke et eget område, men en del av alt. Folkehelsekoordinator skal først og fremst må være en koordinator for dette arbeidet.»

- Rådmann

65% av folkehelsekoordinatorene oppgir at kommunen har forankret folkehelse i kommuneplanens samfunnsdel. De fleste av casekommunene har valgt å integrere folkehelse i samfunnsdelens øvrige temaer og ikke fremheve folkehelse gjennom for eksempel et eget kapittel. Inntrykket fra casekommunene er at dette skyldes et ønske om at folkehelse ikke skal være «et eget område», men en integrert del av alt arbeidet kommunen gjør. 40 prosent av kommunene har også valgt å utarbeide en egen folkehelseplan. Blant annet har en av casekommunene gode erfaringer med å bruke folkehelseplanen til å skape politiske engasjement og få forankret folkehelsearbeidet på politisk nivå. Her registrerer vi altså to ulike tilnærminger til den planmessige forankringen: skal folkehelse være et området som har en egen plan, eller skal folkehelse være en del av alt? Blant case-kommunene finnes det gode erfaringer med begge løsninger, og denne evalueringen gir ikke grunnlag for å si at det ene er bedre egnet for den enkelte kommune enn det andre. Vår vurdering er at det viktigste er at kommunene faktisk har en systematisk, planmessig holdning til folkehelsearbeidet.

Rådmannen har en nøkkelrolle for å sikre administrativ og politisk forankring

I hvilken grad folkehelsearbeidet er forankret på rådmannsnivå og i politisk ledelse ser ut til å variere sterkt mellom kommunene. Samtidig fremstår dette som en av faktorene som i størst grad påvirker folkehelsearbeidet generelt og handlingsrommet til folkehelsekoordinatoren spesielt.

Å konkurrere om rådmannens oppmerksomhet med områder som skole, barnehage, eldreomsorg og barnevern er krevende. Dette er nok medvirkende til at den administrative forankringen varierer noe mellom kommunene. I kommuner hvor folkehelse er godt forankret i administrativ ledelse fremstår det som lettere for koordinatoren å oppnå dialog med ledergruppa, finansiering av tiltak, implementering av tiltak i organisasjonen og politiske prioritering av folkehelse. Dette gjelder spesielt dersom rådmannen har et personlig engasjement for folkehelsearbeidet.

I enkelte casekommuner blir folkehelse fremhevet som et uttalt satsingsområde og gjerne noe som brukes aktiv for å utvikle bolyst og et attraktivt omdømme. Der forankringen mangler krever det langt mer energi å få organisasjonen til å gjennomføre aktiviteter, å få plansaker til uttalelse i et folkehelseperspektiv, tid i politiske møter m.m. Helt konkret ser kommuner med god administrativ forankring av folkehelseperspektivet ut til å ha et høyere aktivitetsnivå, bedre forankring i planprosessene, større politiske forståelse for temaet og mer positiv innstilling til folkehelse i organisasjonen. Dette baserer seg på inntrykk fra casekommunene og trenger derfor ikke nødvendigvis å være representativt for alle kommunene i Nordland.

Også den politiske forankring ser ut til å være viktig, dog ikke fullt så avgjørende som forankring hos rådmannen. Det er viktig at ordføreren og kommunestyret har en forståelse, og et engasjement for folkehelsearbeidet for å sikre videreføring av koordinatorstillingen. Politisk forankring er imidlertid minst

like viktig i behandlingen av politiske saker som omhandler folkehelse, eller saker som kan sees fra et folkehelseperspektiv. I kommunene hvor folkehelse er godt forankret trekker politikere gjerne frem folkehelse selv som et naturlig element i debatten, med innlegg som for eksempel «(...) men nå må vi huske at vi har sagt vi skal være en folkehelsekommune. Vil egentlig dette bidra til økt folkehelse i kommunen vår?». Dette gir en selvforsterkende effekt for folkehelsearbeidet og bidrar både til at folkehelse prioriteres høyere og til en større bevissthet blant kommunens innbyggere.

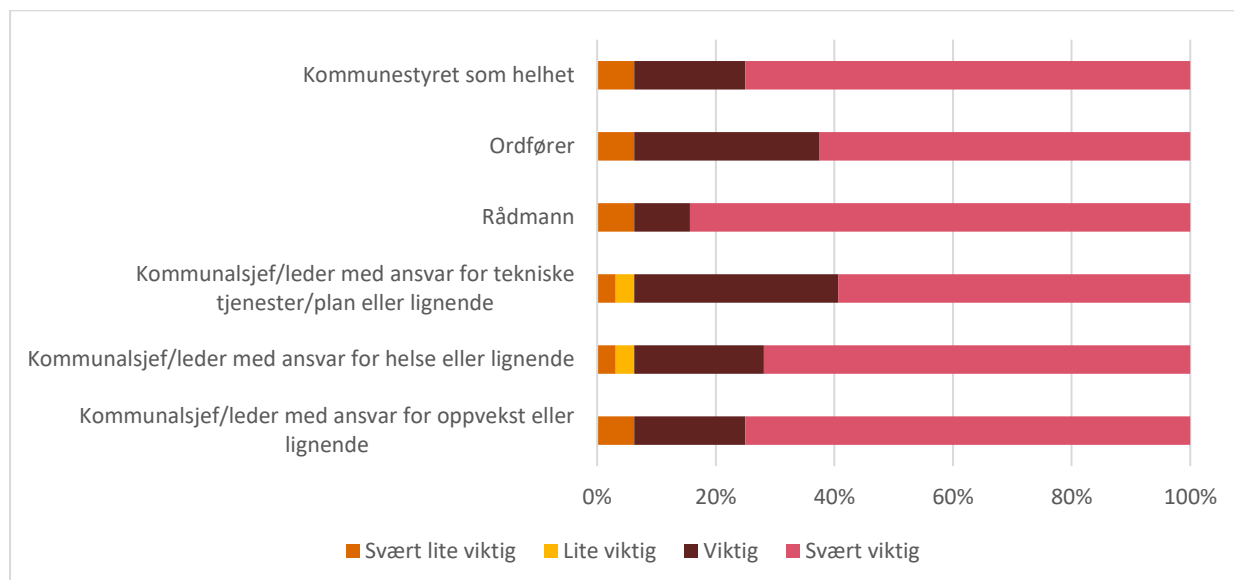
I flere av case-kommunene registrerer vi at folkehelsekoordinator og rådmann/ordfører kan ha ulik oppfatning av i hvilken grad folkehelsearbeidet er forankret på toppnivå. For disse er det gjennomgående at folkehelsekoordinator mener at arbeidet i for liten grad er forankret, mens kommuneledelsen mener at de kjenner og prioriterer folkehelsearbeidet godt. Dette kan ses i sammenheng med at en folkehelsekoordinator har folkehelse som sitt ansvar og jobber med det daglig, mens kommuneledelsen har ansvar for hele bredden i det kommunale tjenestetilbudet. Det kan dermed oppstå et forventningsgap mellom hvordan folkehelsekoordinatorene mener at kommuneledelsen bør jobbe med folkehelse, og i hvilken grad kommuneledelsen ser seg i stand til å prioritere det.

Folkehelse i alle politiske saker!

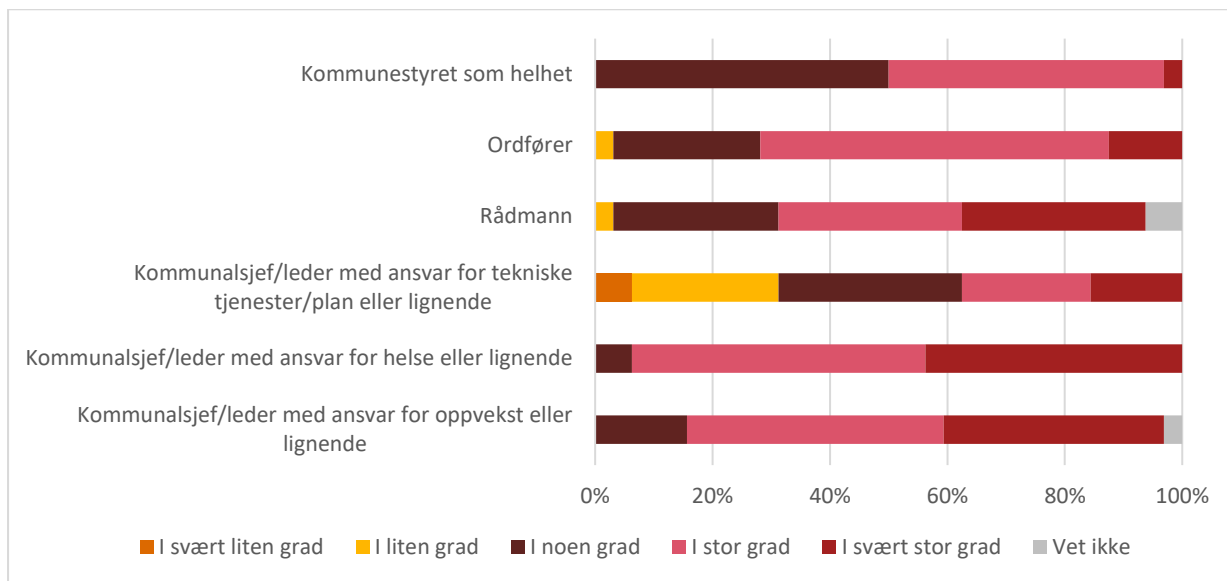


I en av case-kommunene har kommunestyret vedtatt at folkehelse-perspektivet skal vurderes i alle saker. Ordfører forteller som eksempel om da kommunestyret skulle behandle forslag om å stenge et svømmebasseng i sommerukene. Da tok en folkevalgt opp at folkehelseperspektivet ikke var vurdert i saken. Etter at det hensynet kom på bordet, endte kommunestyret opp med å vedta at bassenget skulle holdes åpent.

Figur 8 Hvor viktig er det at følgende funksjoner/personer i din kommune har forståelse og engasjement for folkehelsearbeidet?



Figur 9 I hvilken grad opplever du at følgende funksjoner/personer i din kommune har forståelse og engasjement for folkehelsearbeidet?



Folkehelsekoordinatorene er entydige på at det er viktig at både ordfører, rådmann og kommunalsjefer har engasjement for folkehelsearbeidet. I de fleste tilfellene opplever også folkehelsekoordinatorene at disse funksjonene har nødvendig forståelse og engasjement for folkehelsearbeidet. Det eneste unntaket er kommunalsjef for tekniske tjenester/plan eller lignende. Her er koordinatorene tredelt, der en tredel mener at denne kommunalsjefen i liten eller svært liten grad har denne forståelsen og dette engasjementet, en tredel mener de i noen grad har denne forståelsen, mens den resterende tredelen mener de i stor eller svært stor grad har denne forståelsen.

At én eller to funksjoner ikke viser tilstrekkelig forståelse for dette arbeidet virker dermed ikke tilstrekkelig for å redusere den samlede forankringen i administrativ og politisk ledelse. Folkehelsearbeidet synes derfor å være tilstrekkelig forankret i alle nordlandskommunene.

Kommunene bør innrette folkehelsearbeidet på en mer systematisk måte

Kommunenes folkehelsearbeid påvirkes av en rekke faktorer, og intervjuene viser at kommunene i noen grad har ulik innfallsvinkel til hvordan folkehelsearbeidet skal innrettes. Der noen kommuner fremhever folkehelseloven som den viktigste retningslinjen i deres arbeid, peker andre på egne planer og andre igjen på samarbeidsavtalen med fylkeskommunen. Realiteten er at alle disse faktorene gjelder og har betydning for hvordan kommunene skal jobbe med folkehelse. Vårt hovedinntrykk er uansett at kommunene har hatt en for lite strukturert og planmessig tilnærming til folkehelsearbeidet sitt, men at dette er i ferd med å bedre seg.

Kommunene skal ifølge Folkehelseloven:

1. Utarbeide oversiktsdokumentet, som omtalt foran
2. Bruke dette som grunnlag for arbeidet med kommunens planstrategi og som utgangspunkt for å fastsette overordnede mål og strategier for folkehelsearbeidet i kommuneplaner etter plan- og bygningsloven kapittel 11
3. Iverksette nødvendige tiltak for å møte de folkehelseutfordringene som fremgår av oversiktsdokumentet, og evaluere disse

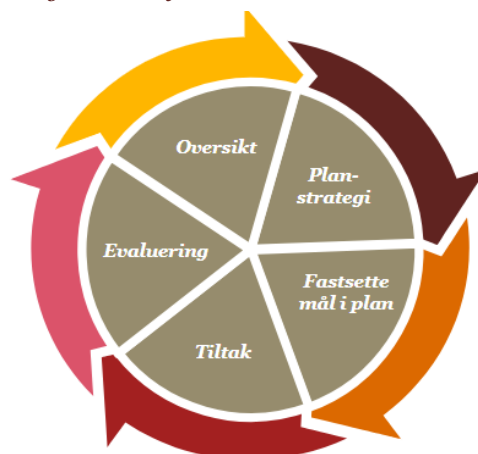
Loven vektlegger med andre ord betydningen av planmessig arbeid med folkehelse, med utgangspunkt i oversiktsdokumentet. Dette skal lede ut i konkrete tiltak for å møte påviste folkehelseutfordringer.

Som beskrevet i kapittelet foran, hadde mange av kommunene ikke utarbeidet oversiktsdokumentet på tidspunktet for inngåelsen av avtalen med fylkeskommunen. Det fikk som konsekvens at resultatområdene i avtalen ikke fullt ut var treffende for de folkehelseutfordringene kommunene viste seg å ha. Etter vår vurdering innebar det i realiteten en uheldig risiko for målkonflikter mellom folkehelselovens krav til planmessig arbeid ut fra oversiktsdokumentet og avtalens krav til å prioritere resultatområdene.

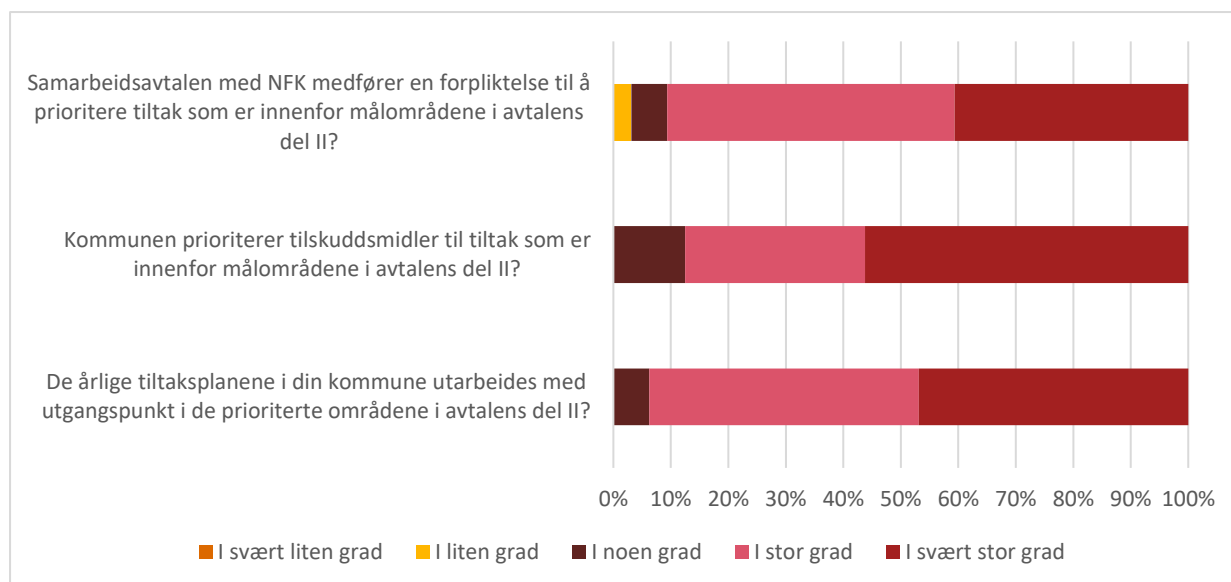
Et lignende moment som kanskje er vanskeligere å gjøre noe med, er tidsperspektivet. Selv om endringer i folkehelseutfordringer sjelden skjer over natten, kan kommunens tiltak eller andre faktorer medføre at kommunens utfordringer endrer seg i løpet av den tiden som går etter avtaleinngåelse. Det kan i seg selv medføre at fokusområdene mister relevans over tid. Et relevant innspill er derfor at avtalen bør utformes på en måte som gir større fleksibilitet og handlingsrom for kommunene underveis i avtaleperioden.

Avtalen med fylkeskommunen innebærer en forpliktelse til å gjennomføre tiltak innenfor de prioriterte områdene. Fordi intervjuene tyder på at koordinatorene hadde noe ulikt syn på denne forpliktelsen, har vi stilt spørsmål om dette i spørreundersøkelsen. Vi har også stilt spørsmål om sammenhengen mellom avtalen og kommunenes egne tiltaksplaner.

Figur 10: Helsedirektoratets modell for systematisk folkehelsearbeid



Figur 11 Hvor førende samarbeidsavtalens del II er for kommunenes folkehelsearbeid



Svarene viser for det første at de aller fleste opplever at avtalen medfører en klar forpliktelse til å prioritere tiltak som er innenfor målområdene. Videre at de aller fleste koordinatorene mener at de årlige tiltaksplanene utarbeides med utgangspunkt i avtalen. Vår gjennomgang av kommunenes tiltaksplaner viser imidlertid at det varierer i hvilken grad disse kan sies å være direkte koblet opp mot avtalens målområder, selv om de aller fleste tiltaksplanene viser til resultatområdene i større eller mindre grad.

Under viser vi et eksempel på en tiltaksplan som etter vår vurdering i stor grad er egnet til å sikre sammenheng mellom resultatområdene i avtalen og planlagte tiltak, og sammenheng mellom tiltak og bruk av tilskuddsmidler:

Figur 12: Eksempel på tiltaksplan

Resultatområde:	Resultatmål:	Tiltak 2016:	Budsjett avtaletilskudd 2016:
Helse-fremmende barnehager	1. Forankring av det helsefremmende arbeidet i barnehagen 2. Systematisk arbeid for å fremme barns psykisk helse og psykososialt miljø	Vi vil fortsatt holde høyt fokus på å være helsefremmende barnehager. Arbeidet skal nedfelles i årsplaner og enkelte resultatmål skal diskuteres på foreldremøter. Personalet må få tilbud om kompetanseheving der det er behov. Kompetanseheving- Begynnende mobbeadferd i barnehagen. (for barnehageansatte 28 januar) - Innkjøp av div bøker / materiell - Kurskostnader Språkstimulering, innkjøp div materiell Benytte språkkista som ble investert i, i 2015. Høytlesning. Ipad til bruk i avdelingene med app til språkkisten. Barn og seksualitet / kroppen min – etterarbeid etter kurs 5 nov 2015 Mål: - utvikle barnas begreper og forhold til egen kropp - Lære seg å sette grenser for egen kropp Innkjøp av div bøker om temaet. Styrene i barnehagen skal besøke en barnehage i Sortland kommune som har / har hatt prosjektet "Æ e mæ- Hvordan jobber de" ? Ekskursjon til Lykkentreff barnehage Sortland for styrene. Nord – Norges konferansen / Tromsø – våren 2016 Barns medvirkning	4.350 3.500 1000 1650 8.250

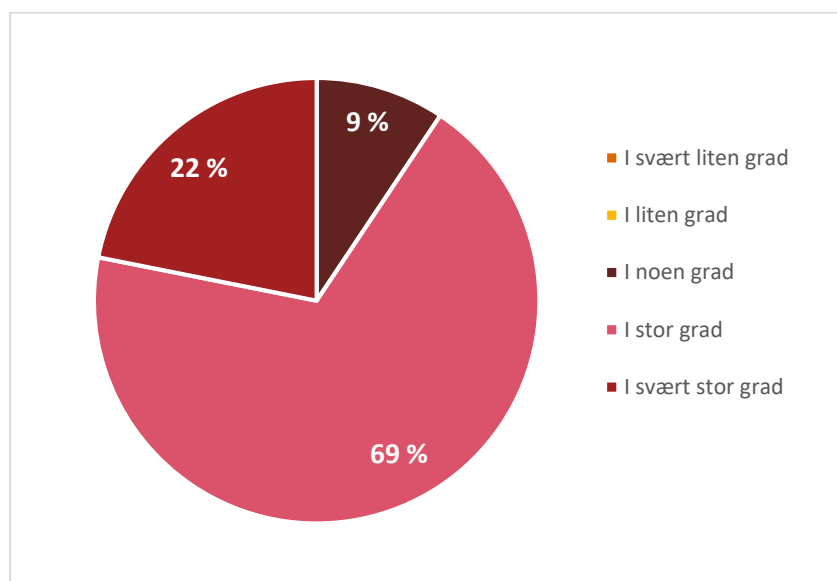
Eksemplet på tiltaksplan over viser en kommune som har utarbeidet to konkrete resultatmål knyttet til resultatområdet «helsefremmende skoler og barnehager». Basert på disse to resultatmålene omtaler kommunen viktige forutsetninger for å nå disse målene, samt viser til tiltak som skal sikre resultatoppnåelse. Tiltaksplanen knytter også tilskuddsbruk opp mot det enkelte tiltaket. Gjennom tiltaksplanen viser kommunen en planmessig sammenheng mellom hvilke mål den skal oppnå i folkehelsearbeidet, og hvordan disse målene skal oppnås.

Gjennomgangen av tiltaksplanene viser videre at det varierer i hvilken grad og hvordan kommunene knytter budsjettet bruk av tilskuddsmidler opp mot konkrete tiltak. Noen kommuner oppgir for eksempel at de skal bruke kr 35.000 på psykisk helse for ungdom, og lister deretter opp et eller flere tiltak innenfor dette området. Andre kommuner angir konkret hvor mye de planlegger å bruke på hvert enkelt, konkrete tiltak. Det er krevende å si hva som er den beste løsningen. Vårt inntrykk er imidlertid at kommunene i stor grad setter pris på å ha et visst handlingsrom til å disponere og omdisponere disse midlene, også gjennom året. Det kan f.eks. gjelde i en situasjon der det kommer opp et godt initiativ som trenger økonomisk støtte.

Intervjuer med kommunene viser at de har noe ulikt syn også på realiteten i forpliktelsen til å gjennomføre tiltak innenfor resultatområdene. I praksis dukker en del av tiltakene opp gjennom et år eller etter forslag fra andre. I slike tilfeller sier de at de får tiltakene til å «passe inn» i resultatområdene, fordi disse ofte er vidt formulert. Flere sier også at de prioriterer andre områder enn hva som fremgår av avtalen, om det oppstår behov for det. Andre opplever at deres prioriterte områder er så vidt formulert at det sjelden er behov for å gjennomføre tiltak som ikke passer i en av dem. Andre igjen fremholder at de har en langt mer systematisk tilnærming til arbeidet, der de gjennomfører de tiltakene som er nedfelt i tiltaksplanen, basert på resultatområdene i avtalen.

I spørreundersøkelsen oppgir de aller fleste at de i stor eller svært stor grad gjennomfører de tiltakene som fremgår av den årlige tiltaksplanen:

Figur 13 I hvilken grad gjennomfører din kommune tiltakene som fremgår av den årlige tiltaksplanen?



Dette tyder på at de årlige tiltaksplanene kommunene selv lager, i stor grad er førende for folkehelsearbeidet.

Intervjuene i case-kommunene viser derimot at det i liten grad er praksis for å evaluere tiltak. De fleste begrunner dette med at de verken har kapasitet eller verktøy til å gjøre gode evalueringer.

«Vi er veldig klar over at vi ikke er i stand til å evaluere tiltakene på en god nok måte, og derfor evalueres det i liten grad. Kommunen skulle hatt en bedre system for evaluering av tiltak, og vi hadde gjerne sett at fylkeskommunen kunne ha bidratt med utviklingen av en systematikk for evaluering.»

- folkehelsekoordinator

Oppsummeringsvis er PwCs inntrykk at det er variasjoner mellom kommunene i hvor systematisk tilnærming de har til folkehelsearbeidet. For å jobbe med folkehelse slik folkehelseloven forutsetter, må kommunene med utgangspunkt i oversiktsdokumentet lage planer, mål og strategier, som igjen skal lede til relevante tiltak, som evalueres. Vårt inntrykk er at denne sammenhengen mange steder ikke har vært god nok, og at det faktiske folkehelsearbeidet i realiteten i større grad har vært styrt av hvilke tiltak som mer eller mindre tilfeldig har dukket opp gjennom året. Vi mener at dette medfører en risiko for at kommunen ikke klarer å tegne opp de lange linjene i folkehelsearbeidet.

Samtidig vil vi presisere at vi mener at en stor del av årsaken til at arbeidet ikke har vært nok systematisk, er at oversiktsdokumentet ikke har vært på plass. Uten kunnskap om utfordringene, er det umulig å lage gode planer for å jobbe med dem. Intervjuene med case-kommunene gir god grunn til å tro at kommunene allerede er på vei til å bli mer systematisk i sitt arbeid, og det understøttes blant annet av at de aller fleste sier at de gjennomfører de tiltakene de planlegger i tiltaksplanene.

Videre vil vi presisere at arbeidet med folkehelse ikke nødvendigvis bør bli så stringent at kommunen ikke kan prioritere et godt tiltak som dukker opp, fordi det ikke er omtalt i planer. I den grad en kommune ser behov for å prioritere også slike tiltak, er det viktig at planene tar høyde for at folkehelsekoordinator eller andre bør ha tilstrekkelig handlingsrom til å prioritere dem.

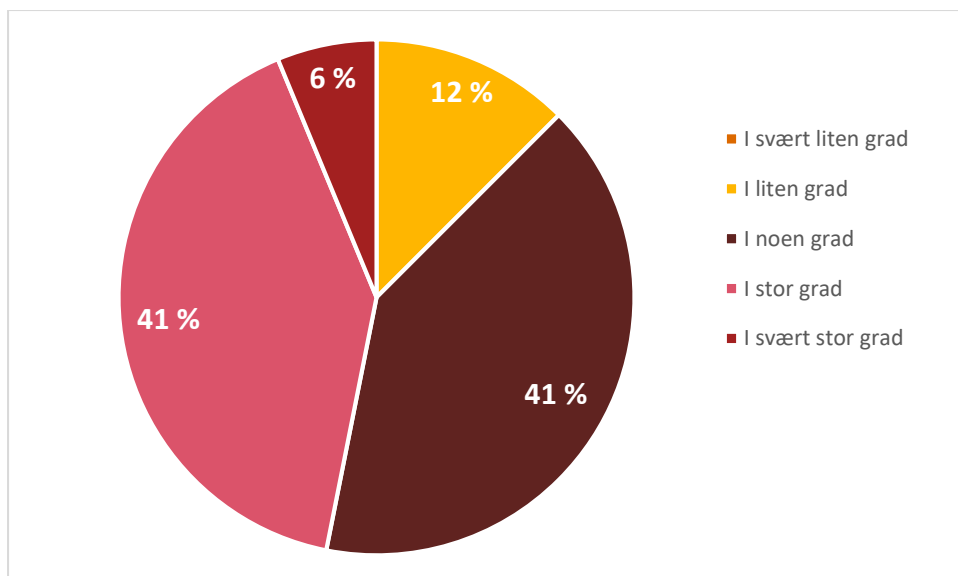
Fylkeskommunens rolle

Nordland fylkeskommune bruker betydelige ressurser på folkehelsearbeidet. Et relevant spørsmål er i hvilken grad kommunene opplever at dette kommer dem til gode i deres arbeid med folkehelse.

Fylkeskommunen er en god faglig pådriver og støttespiller

Intervjuene med både folkehelsekoordinatorer, rådmenn og ordførere viser at fylkeskommunen blant de aller fleste har en posisjon som et anerkjent kompetansemiljø på folkehelseområdet, som innehar viktig og relevant kompetanse som kommunene drar nytte av. Ikke minst er inntrykket at fylkeskommunen ses på som en aktør som fanger opp de større utviklingene i folkehelsefaget, og kan bringe disse videre til kommunene. Noen enkeltkommuner er ikke fullt ut enig i dette, men disse er i klart mindretall.

Figur 14 I hvilken grad er folkehelsearbeidet i din kommune avhengig av fylkeskommunens faglige støtte og veiledning?



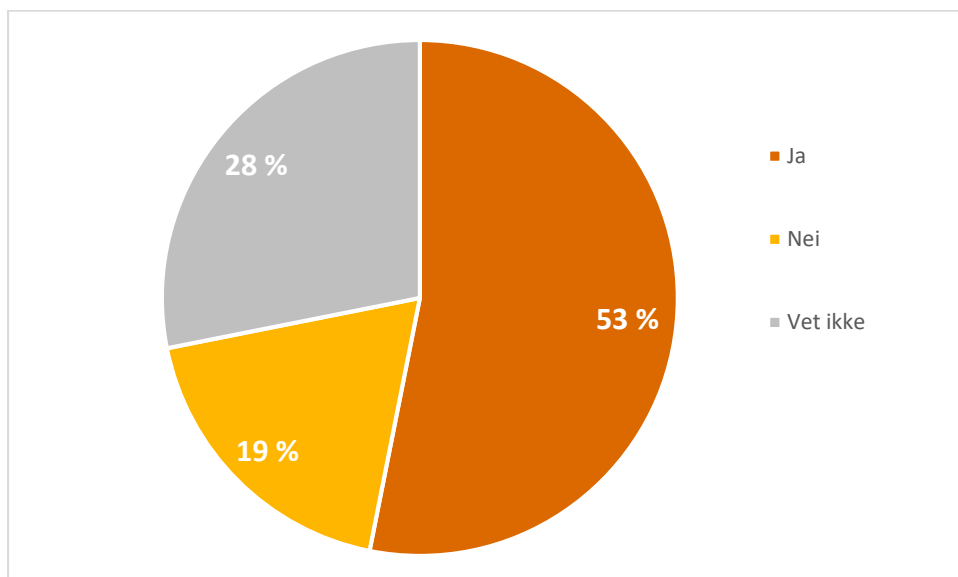
De aller fleste folkehelsekoordinatorer oppgir at de er avhengig av faglig støtte og veiledning fra fylkeskommunen, selv om graden av avhengighet varierer. Det er en viss tendens til at de små kommunene er mer avhengig av faglig støtte fra fylkeskommunen enn de større kommunene. Dette inntrykket bekreftes gjennom intervjuene. Vi finner imidlertid ikke noen sammenheng mellom avhengigheten av faglig støtte og folkehelsekoordinatorens stillingsprosent. Også folkehelsekoordinatorer i 100 prosent stilling kan oppleve at de i stor grad er avhengig av faglig støtte og veiledning fra fylkeskommunen.

«Fylkeskommunen er en god samarbeidspartner. De er tilgjengelige, og svarer på det man lurer på. De ansatte er oppdaterte på kunnskap, kjenner kommunene godt og bidrar med mye viktig kompetanse.»

-folkehelsekoordinatorer i et nettverk

De aller fleste folkehelsekoordinatorer mener at fylkeskommunen oppleves som tilgjengelige om man først tar kontakt. Det varierer likevel i hvilken grad folkehelsekoordinatorer selv tar initiativ til mer kontakt med fylkeskommunen. De folkehelsekoordinatorer som opplever fylkeskommunen som utilgjengelig, oppgir også at de i liten grad har behov for fylkeskommunens støtte og veiledning. Vårt inntrykk er at dette også kan være med og forklare at det varierer hvor tilgjengelige koordinatorer opplever at fylkeskommunen er.

Figur 15 Ønsker du at fylkeskommunen skal ta en mer aktiv rolle som rådgiver for kommunene hvor de jevnlig tar kontakt med den enkelte folkehelsekoordinator?

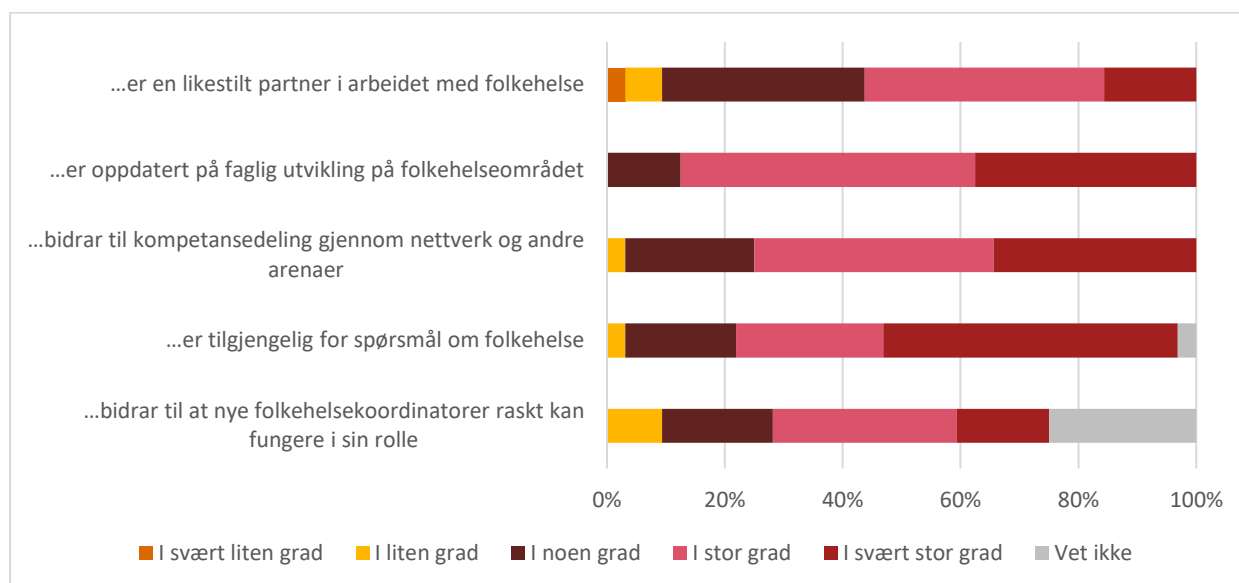


Flertallet av folkehelsekoordinatorer ønsker at fylkeskommunen skal ta en mer aktiv rolle som rådgiver for kommunene, ved å ta jevnlig kontakt med den enkelte folkehelsekoordinator. Én kommune trekker blant annet fram i intervju at de skulle ønske fylkeskommunen var flinkere til å dele gode erfaringer fra andre kommuner. Flere kommuner kunne tenke seg mer oppsøkende arbeid fra fylkeskommunen på generell faglig veiledning. Vårt inntrykk basert på intervju med kommunene er at dette særlig gjelder kommuner der folkehelsearbeidet i mindre grad har tilstrekkelig forankring politisk og i administrativ ledelse. I disse kommunene opplever folkehelsekoordinator et behov for støtte til å skape forståelse for folkehelsearbeidet i egen kommune. For eksempel fremhever de kommunene som har hatt en eller flere orienteringer fra fylkeskommunen til politisk nivå, at dette har hatt god effekt for forankringen av arbeidet.

Flere kommuner sier de ikke opplever fylkeskommunen som en likestilt partner i samarbeidet. De trekker fram at fylkeskommunen kan oppleves som formanende og ha i overkant sterke meninger om hvordan kommunene burde gjennomføre tiltak. Selv om mange kommuner etterspør en mer aktiv fylkeskommune, etterspør de først og fremst en støttespiller som kan gi innspill til kommunene, men på en slik måte at kommunene beholder selvstendigheten til selv å avgjøre hvilke tiltak de skal gjennomføre. I spørreundersøkelsen har vi stilt folkehelsekoordinatorer spørsmål om i hvilken grad fylkeskommunen

oppleves som en likestilt partner i arbeidet med folkehelse. 18 av 32 svarer at de i stor eller svært stor grad opplever som det, men 11 svarer kun i “noen grad” og tre i liten eller svært liten grad.

Figur 16 I hvilken grad mener du at fylkeskommunen...



Intervjuene gir flere forklaringer på en såpass stor andel ikke opplever samarbeidet som likestilt. Den gjennomgående forklaringen er at fylkeskommunen er den som yter tilskudd og dermed kan sette vilkår for tilskuddene. I tillegg har fylkeskommunen sanksjonsmuligheter overfor kommunene, som for eksempel å holde tilbake tilskudd. Dette gjør at fylkeskommunen blant flere oppleves som en “overordnet” part i samarbeidet, og dermed at det er krevende å etablere et forhold som oppleves som likestilt. Det er likevel viktig å trekke fram at flertallet av folkehelsekoordinatorene ifølge spørreundersøkelsen faktisk ser ut til å mene at samarbeidet er likestilt. Videre gir intervjuene grunn til å tro at blant dem som mener at det ikke er likestilt, er det langt fra alle som ser på det som et problem. Vårt inntrykk er at særlig blant mindre kommuner eller kommuner med lite fagmiljø og/eller uerfarne folkehelsekoordinatorene, kan fylkeskommunens oppleves som en god samarbeidspartner selv om den anses som noe “overordnet”.

Kommunene er gjennom avtalen forpliktet til å rapportere på tilskuddsbruken. Noen kommuner sier at de bruker lang tid på denne rapporteringen. Vår gjennomgang viser at rapporteringen gjøres på mange ulike måter. Dette gjør at det er krevende for fylkeskommunen å sammenstille data på en god og lettvinnt måte. Vi mener derfor at fylkeskommunen bør lage en felles, enkel mal for rapportering. Det vil komme både kommunene og fylkeskommunen til nytte. Flere av case-kommunene omtaler utfordringer med å få revisorgodkjenning for tilskuddsbruken. Intervjuene gir inntrykk av at de ulike kommunenes revisorer, og også ulike revisorer innad i samme revisjonsselskap, stiller ulike krav til disse godkjenningene. Dette er en problemstilling som PwC ikke har dukket dypere ned i, men som vi anbefaler fylkeskommunen å se nærmere på.

En annen relativt gjennomgående kommentar fra kommunene er at de ser at fylkeskommunen bruker mye ressurser på folkehelse, men uten at de forstår hva alle ressursene går til. Noen kommuner har stort behov for mer hjelp og støtte, og at opplever at dagens nivå med hjelp og støtte står i et misforhold til fylkeskommunens ressursbruk på området.

Videre mener mange kommuner at fylkeskommunen kanskje burde ha vært enda mer på tilbydersiden når det ansettes nye koordinatorene i kommunene. Disse kan ofte oppleve at de er litt “alene” i arbeidet, uten noe faglig kollegium å støtte seg på. En tettere oppfølging fra fylkeskommunen ville i slike tilfeller bidra til å sikre at folkehelsearbeidet i kommunen holdes ved like, og ikke minst at kommunene forstår innholdet i

avtalene og hvordan man skal forholde seg til den. Dette er et særlig viktig å ta hensyn til siden flere kommuner har byttet folkehelsekoordinator i perioden 2014-2016.

«Flere av oss har opplevd at det er vanskelig å begynne som ny i rollen som folkehelsekoordinator. I slike tilfeller kunne kanskje fylkeskommunen ha vært enda mer på tilbydersiden. Det gjelder særlig for å sikre at kommunene forstår avtalenes innhold, og hvordan kommunene skal forholde seg til den. «
- koordinatorene i et nettverk

Flere kommuner etterlyser en fylkeskommune som i større grad har «samsvar mellom liv og lære». De opplever at fylkeskommunens øvrige organisasjon ikke opptrer i tråd med slik folkehelseavdelingen anbefaler at kommunene skal opptre. Noen trekker fram at fylkeskommunen selv ikke har den nødvendige planmessige forankringen av folkehelse i alle deler av organisasjonen, mens andre trekker fram som eksempel at de opplever at de videregående skolene i alt for liten grad har fokus på folkehelse.

I liten grad behov for flere møtepunkt mellom den enkelte kommunen og fylkeskommunen

Avtalens generelle del inneholder følgende gjensidige forpliktelse, som altså gjelder både fylkeskommunen og samtlige kommuner:

For å ivareta intensjonene i avtalen avholdes det samarbeidsmøter mellom kommunen og fylkeskommunen etter behov, dog minst ett møte i året. Dersom begge parter er enige om det kan møter holdes i form av telefonmøte / videokonferanse.

Det er i svært liten grad avholdt slike enkeltvis møter mellom fylkeskommunen og kommunene i denne avtaleperioden. På spørsmål om det er behov for slike møter, svarer kommunene noe ulikt. De kommunene som har hatt slike møter, har gode erfaringer med det. De fremhever at møtene ga en gylden mulighet til å diskutere problemstillinger som gjelder akkurat deres kommunene, og dermed effektivt dra nytte av fylkeskommunens kompetanse. Flere sier at slike møter hadde vært nyttig dersom rådmann, eventuelt også ordfører, kunne ha deltatt. De tror det ville ha gitt et nyttig bidrag til arbeidet med å sikre forankring av folkehelsearbeidet i deres kommune, og bevisstgjøre kommuneledelsen på deres ansvar for folkehelse.

Mange av kommunene som ikke har hatt slike møter begrunner dette med at de ikke behov for det. De mener oppfølgingen fylkeskommunen gir gjennom å møte i nettverk, de halvårslige samlingene og svare på spørsmål løpende, er godt nok. Flere av kommunene trekker imidlertid spesifikt fram at det er viktig at fylkeskommunen deltar i nettverksmøtene mellom kommunene. Gjennom deltakelse her har kommunene mulighet til å sikre at det er en felles forståelse mellom kommunene og fylkeskommunen om hvordan folkehelsearbeidet skal gjennomføres.

Arenaene for kompetanseheving og kompetansedeling fungerer godt mange steder, men kan bli enda bedre

Fylkeskommunen arrangerer to årlige samlinger for alle folkehelsekoordinatorene. Koordinatorene er i all hovedsak positive til disse samlingene. I intervju trekker kommunene fram at samlingene er en viktig arena for å:

- bygge nettverk mellom koordinatorene
- øke kompetanse for koordinatorene, gjennom faglige innlegg og formell og uformell utveksling av erfaringer fra arbeidet i egen kommune

Alle folkehelsekoordinatorene er tilknyttet nettverk med andre folkehelsekoordinatorene, i hovedsak gjennom etablerte regionsamarbeid. I kommunerapporteringen for 2016 oppgir 37 av 43 kommuner at de har etablert samarbeid om folkehelsearbeidet med nabokommuner eller regionen.

Det er noe varierende aktivitet i disse nettverkene. De mest aktive møtes hver 6. uke, og oppgir at nettverket gir stor nytte for koordinatorene. Et av nettverkene trekker blant annet fram at de har samarbeidet tett i arbeidet med oversiktsdokumentet, og at samarbeidet bidro til at dokumentet ble godt.

Andre kommuner møtes kun én til to ganger i året, og at de i mindre grad har funnet en form og et innhold i nettverksmøtene som gir tilstrekkelig nytte til kommunene. Vårt inntrykk er at årsaken, iallfall for noen av de nettverkene som ikke fungerer like godt, kan være at det er store ulikheter mellom kommunene, og at de dermed har ulike forventninger til hva de skal bruke nettverket til. Det kan gjelde både at kommunene har ulik størrelse og dermed ulike utfordringer, eller at noen av koordinatorene er del av større fagmiljø i egen kommune og dermed ikke har samme behov for å utveksle erfaringer som de som i stor grad "sitter alene".

En gjennomgående utfordring i kommunenes folkehelsearbeid kan synes å være hyppige utskifting av koordinatorene, og at det dermed blir lite kontinuitet for noen av kommunene. Dette forsterkes av at koordinatorene i stor grad jobber for seg selv, og at kommunene dermed ikke har systemer for å sikre kompetanseoverføring og at nytilsatte enkelt kan komme raskt inn i rollen. Vårt inntrykk er at hyppige skifter også kan prege samarbeidet i noen av nettverkene, fordi "erfarne" folkehelsekoordinatorene vil oppleve at de får mindre faglig påfyll enn de nytilsatte. I noen grad kan koordinatorene også ha ulikt syn på innhold i møtene. Der noen etterlyser en tydelig agenda med klare mål, verdsetter andre at det i størst mulig grad er rom for uformelle diskusjoner om felles utfordringer i kommunene.

«De fleste av oss er enige om at nettverket vårt ikke fungerer noe særlig. Fylkeskommunen deltar på noen av møtene, men da er de mest «flue på veggen», unntatt når de informerer om ting som skjer i fylkeskommunen eller i faget. Flere av oss mener at fylkeskommunen burde ha tatt en større rolle i nettverket, for eksempel som en sekretær/leder, som sørget for at møtene fikk en god agenda, og at vi får utnyttet tiden godt.»

- koordinatorene i et nettverk

Fylkeskommunen deltar i nettverksmøtene i varierende grad. De aller fleste folkehelsekoordinatorene opplever det som svært nyttig når fylkeskommunen deltar i nettverksmøtene. De sier at fylkeskommunal deltakelse medfører at møtene får et bedre innhold, som gir mer igjen til alle deltakere. Noen etterlyser hyppigere deltakelse fra fylkeskommunen i disse forumene. Vårt inntrykk er at fylkeskommunal deltakelse også bidrar til å bedre felles forståelse mellom kommunene og fylkeskommunen om folkehelsearbeidet.

Det er vanskelig å peke på enkeltårsaker til at noen nettverk fungerer godt og noen ikke, utover de tendensene vi beskriver over. PwCs inntrykk er uansett at nettverkene har et stort potensiale til å være en viktig faktor i folkehelsearbeidet i fylket. Dette vises tydelig i de nettverkene som fungerer godt. Spørsmålet er derfor om fylkeskommunen burde ha prioritert å være en støttespiller for disse nettverkene i større grad enn i dag. Vårt syn er at dette, iallfall i en fase, kunne ha vært et nyttig bidrag til folkehelsearbeidet i Nordland.

Fylkeskommunen kan ha stor påvirkning på kommunenes prioriteringer gjennom konkrete satsningsområder

I avtalene fra 2014 var det to prioriterte områder som var felles for alle kommunene: «kunnskapsgrunnlaget» og «helsefremmende skoler og barnehager». Satsingen på kunnskapsgrunnlaget må ses i sammenheng med at flere av kommunene per 2014 ikke hadde fått utarbeidet det oversiktsdokumentet de var forpliktet til etter folkehelseloven. Avtalen innebar en ytterligere forpliktelse til å prioritere dette.

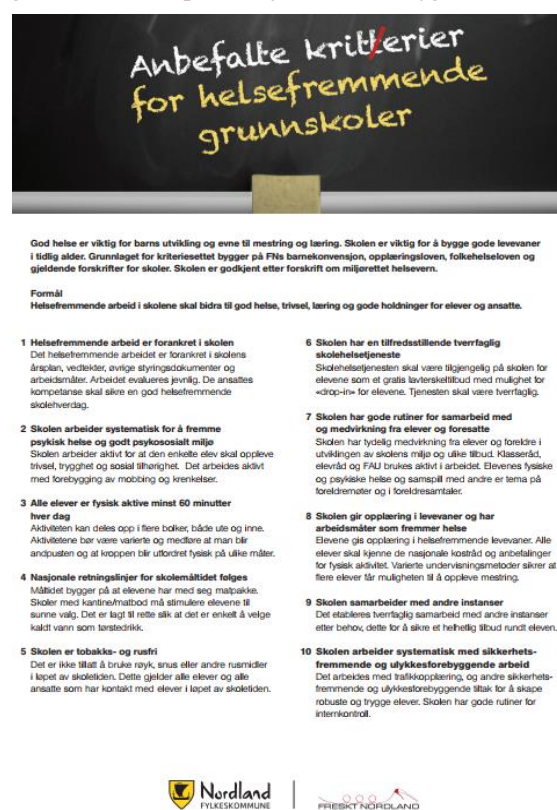
Mer interessant er kanskje satsingen på helsefremmende skoler og barnehager. Dette arbeidet står på mange måter i en særstilling i folkehelsearbeidet i Nordland de siste årene. Arbeidet har vært koordinert av en egen ressursperson i fylkeskommunen. Målet for skolene og barnehagene har vært å oppfylle et sett kriterier som gjør at kommunen kan erklære dem som helsefremmende skole/barnehage. Kriteriene er satt av fylkeskommunen (se illustrasjon). Kriteriene følges av en veileder for skole og en for barnehage og inneholder anbefalinger for hvordan kommunene skal jobbe for å oppfylle kriteriene.

Alle folkehelsekoordinatorene vi har intervjuet er positive til satsingen på helsefremmende skoler og barnehager. På spørsmål om hva de er mest fornøyd med i folkehelsearbeidet i egen kommune, er det mange som trekker fram nettopp dette arbeidet.

Noen er litt kritiske til hvordan fylkeskommunen har håndtert deler av denne satsningen, og mener at det har vært uklare ansvarslinjer mellom fylkeskommunen, koordinatorene og skolene. Konkret peker de på at det har vært krevende for folkehelsekoordinatorene å finne sin rolle i en prosess der fylkeskommunen forholder seg direkte til skolene. Til tross for dette er altså koordinatorene positive.

Målet i avtalen var at alle kommunene skal ha implementert kriteriene for alle institusjoner ved utgangen av 2016. Ved rapporteringen i 2016 svarte 42 av 43 kommuner å ha startet implementeringen av kriterier i barnehager, og 40 av 43 svarte at de hadde startet for grunnskolen.

Illustrasjon: «Kriterier for helsefremmende grunnskoler» – plakater fra Nordland fylkeskommune



Oppsummeringsvis er PwCs vurdering at fylkeskommunen har en svært viktig rolle for folkehelsearbeidet i kommunene i Nordland, og at de i hovedsak utøver rollen godt. Det er likevel fortsatt enkelte potensielle forbedringspunkter:

- Fylkeskommunen kan jobbe for å oppfattes som en mer likestilt partner i samarbeidet. Det er viktig for å få et godt samarbeid med *alle* kommunene. Samtidig ser vi at strukturen i samarbeidet (med fylkeskommunen som tilskuddsgiver og premissleverandør) vanskeliggjør dette.
- Fylkeskommunen kan vurdere å ta en mer aktiv rolle som veileder overfor de nettverkene og de kommunene som ønsker det. Det kan særlig være aktuelt ved nyansettelser i kommunene.
- Fylkeskommunen må være bevisst hvilken betydning det har at deres egen organisasjon fremstår som om den jobber med folkehelse i alle ledd. I motsatt fall kan det gi dårlige signaleffekter til kommuner og andre samarbeidspartnere.

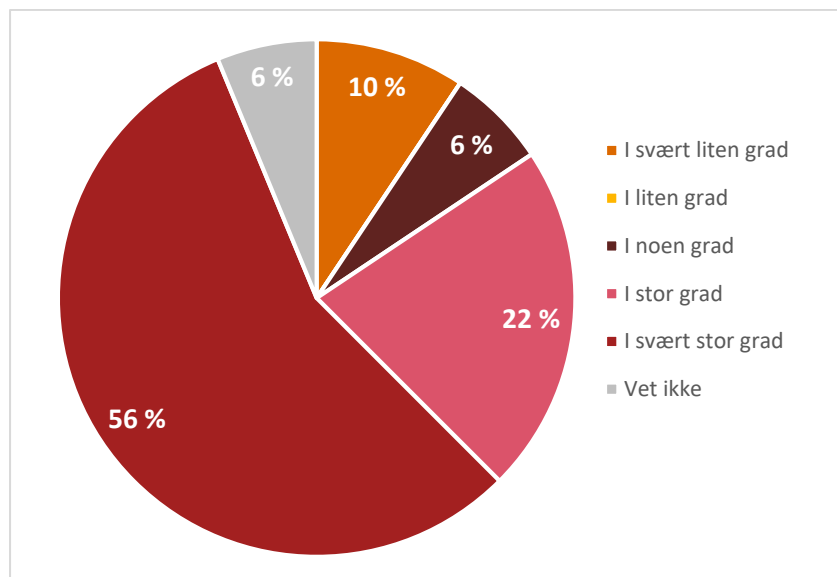
Tilskudd fra fylkeskommunen har stor betydning

Nordland fylkeskommune gir årlig totalt ca. 12 millioner kroner i tilskudd til kommunenes folkehelsearbeid. Det er derfor relevant å vite hvilken effekt dette har på folkehelsearbeidet. Tilskuddet til den enkelte kommune er delt i to: et basistilskudd på kr 100.000 og et tilskudd til tiltak som varierer mellom kommunene.

Basistilskuddet sikrer folkehelsekoordinatorstillingene

Ifølge fylkeskommunen er hensikten med basistilskuddet at det skal brukes til å dekke lønnsmidler til folkehelsekoordinator. Intervjuene ga et tydelig inntrykk av at dette tilskuddet hadde vært en viktig faktor bak beslutningen om å opprette egne stillinger som folkehelsekoordinator i mange av kommunene, noe som langt på vei bekreftes i spørreundersøkelsen:

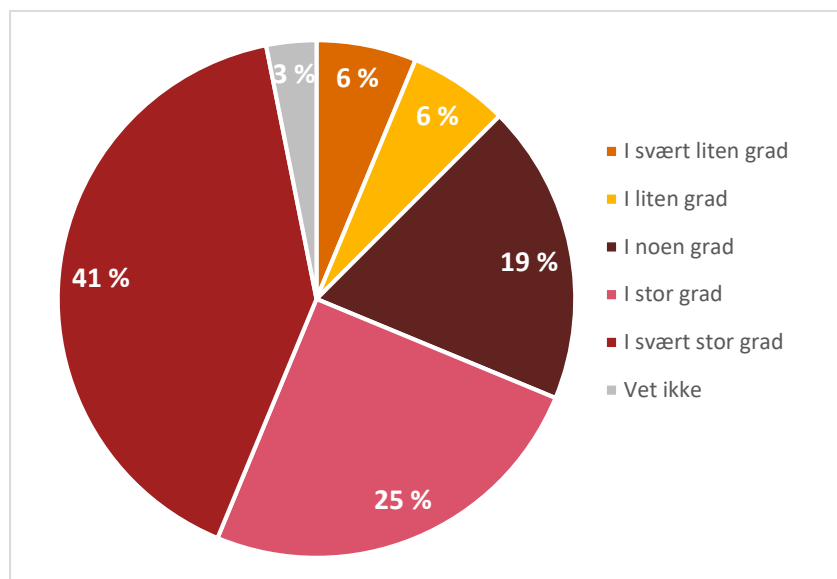
Figur 17 I hvilken grad var rammetilskuddet avgjørende for opprettelsen av stilling som folkehelsekoordinator i din kommune?



De aller fleste folkehelsekoordinatorer mener rammetilskuddet fra fylkeskommunen var avgjørende for at stillingen som folkehelsekoordinator ble opprettet. Samtidig viser både spørreundersøkelsen og intervjuene at dette ikke gjelder alle kommunene. Noen kommuner hadde opprettet en slik stilling allerede før tilskuddsordningen kom på plass. Dette gjelder i hovedsak kommuner som har et aktivt og bevisst forhold til folkehelsearbeidet, og som har hatt det over lengre tid.

Basistilskuddet har imidlertid ikke vært like viktig for å videreføre folkehelsekoordinatorstillingen.

Figur 18 I hvilken grad er rammetilskuddet avgjørende for at stillingen som folkehelsekoordinator fremdeles skal eksistere?



To av tre folkehelsekoordinatorer mener basistilskuddet er avgjørende for at folkehelsekoordinatorstillingen skal videreføres. Det er særlig kommunene med færre enn 5000 innbyggere som oppgir at basistilskuddet fremdeles er avgjørende for at folkehelsekoordinatorstillingen skal opprettholdes.

Vi har også spurt rådmenn og ordførere i casekommunene om dette. Selv om det er vanskelig å si absolutt er det stor risiko for at stillingen, uten tilskuddet, over tid hadde havnet på en kutt-liste i budsjettarbeidet i trange tider. Dette begrunnes med at folkehelsearbeid i mindre grad er en lovpålagt tjeneste, og at den type tjenester står først i køen når kommunene må kutte. Basistilskuddet fungerer dermed som en garantist for at stillingen skal eksistere. Alle ordførere og rådmenn fremhever at de svært gjerne ser at folkehelsekoordinatorstillingene skal opprettholdes, fordi de opplever at disse stillingene bidrar til god utvikling i deres kommuner. Noen mener også at det er uaktuelt for deres kommune å kutte folkehelsekoordinatorstillingen også om tilskuddet forsvinner.

Enkelte mener imidlertid at det er feil at NFK gir tilskudd til stillingen, at NFK heller burde satt som forutsetning at kommunene hadde en slik stilling og at midlene gikk til tiltak.

Flere trekker frem at tilskuddet er et viktig signal fra en regional kompetanseaktør om at denne stillingen er viktig for kommunene og for regionen, og at dette i seg selv er et bidrag til å sikre at stillingene eksisterer.

Tilskuddene sikrer konkrete folkehelseiltak

Kommunene har årlig fått tildelt mellom kr 125 000 og kr 275 000 i tilskudd til tiltak etter avtalens spesifikke del (del II). I spørreundersøkelsen har vi spurt koordinatorene om i hvilken grad folkehelsearbeidet i deres kommuner er avhengig av fylkeskommunens økonomiske tilskudd:

Tabell 3 I hvilken grad er folkehelsearbeidet i din kommune avhengig av fylkeskommunens økonomiske tilskudd?
Etter kommunestørrelse

	I liten grad	I noen grad	I stor grad	I svært stor grad
Færre enn 1999		1	6	7
2000-4999			3	5
5000-9999	1	2	2	
Mer enn 10.000	1		3	1
Totalt	2	3	14	13

De aller fleste kommunene oppgir at de i stor eller svært stor grad er avhengig av tilskuddet fra fylkeskommunen i folkehelsearbeidet. Dette gjelder særlig for de aller minste kommunene. Blant kommunene med under 5000 innbyggere er det kun én kommune som svarer at de i noen grad er avhengig av tilskuddet. De resterende 21 kommunene i denne gruppa oppgir at de i stor eller svært stor grad er avhengig av tilskuddet.

Det er viktig å understreke at også flertallet av de mellomstore og store kommunene oppgir at de er avhengig av tilskuddet fra fylkeskommunen, men blant disse kommunene er det også flere som oppgir at de kun i noen eller i liten grad er avhengige av tilskuddet.

Dette inntrykket bekreftes i intervjuene. Svært få av de folkehelsekoordinatorene vi har intervjuet disponerer midler over det kommunale budsjettet til folkehelsearbeidet. Det betyr at de midlene de rår over i hovedsak enten stammer fra fylkeskommunale tilskudd eller fra andre tilskuddsordninger (f.eks. ulike statlige prosjekt). Intervju med folkehelsekoordinatorene gir inntrykk av at mange er flinke til å finne aktuelle tilskuddsordninger, også utenfor fylkeskommunen, som kommunen kan dra nytte av.

De aller fleste folkehelsekoordinatorene gir uttrykk for at selv om fylkeskommunens tilskudd ikke utgjør mye ressurser sett opp mot det kommunale budsjettet for øvrig, har midlene stor betydning for folkehelsearbeidet i kommunene. Noen av koordinatorene har en treffende betegnelse på disse tilskuddsmidlene som folkehelsekoordinator kan disponere til ulike tiltak av ulik størrelse: "klattpenger".

«Tilskuddene fungerer som ringer i vann. 5000kr til et befolkningsrettet folkehelseiltak kan være nok til å få engasjert og involvert frivilligheten i kommunen i et tiltak som gir store verdier for lokalsamfunnet.»

- folkehelsekoordinator

Folkehelsekoordinatorene, særlig i de små og mellomstore kommunene, mener at "klattpengene" er viktige av flere grunner: For det første fordi en stor del av folkehelseiltakene er direkte avhengig av disse midlene for å kunne gjennomføres. For det andre, og kanskje vel så viktig, på grunn av det vi kan kalle "ringer i vann"-effekten: Små summer til et befolkningsrettet folkehelseiltak kan være en katalysator for involvering av frivilligheten i kommunen. Dette vil ofte utløse dugnadsarbeid tilsvarende store verdier, i et tiltak som er verdifullt for lokalsamfunnet. Folkehelsekoordinatorenes opplevelse er at hvis de klarer å skape et samarbeid med andre om tiltak, er det større sjanse for at de lykkes. Et eksempel fra en av case-kommunene er en gapahuk som de oppførte i samarbeid med frivillighetssentralen og jeger- og fiskeforeningen. De opplevde at samarbeidet ga eierskap og opplevelse av medbestemmelse hos samarbeidspartnerne. Det gjorde igjen at tiltakene i praksis kunne driftes videre uten kommunens innblanding.

For det tredje oppgir flere av koordinatorene at pengene bidrar til å styrke deres posisjon og legitimitet i organisasjonen. Et eksempel på det kan være en barnehagestyrer som har en idé til et enkelt tiltak som kan gjøre det lettere å komme seg ut på tur og bruke naturen mer, men som ikke finner rom for det i egne budsjetter. At koordinator i slike tilfeller har handlingsrom til å bidra med noen midler for å få tiltak satt ut i verden, gjør at tilliten til koordinator og kommunens folkehelsearbeid øker. Flere kommuner trekker fram viktigheten av øremerking av tilskuddet, slik at ikke tilskuddsmidlene kan brukes på andre områder enn folkehelse.

I denne sammenhengen er det verdt å trekke fram at våre undersøkelser i casekommunene viser at mange av dem opplever å ha lyktes godt med tiltak som ikke koster penger. Typiske eksempler på dette er tiltak som kan gjennomføres ved hjelp av kommunens egne personellressurser, eller der kommunen kan fungere som tilrettelegger for å engasjere frivilligheten til dugnadsarbeid. Selv om tilskuddet er viktig er det altså ikke alle tiltak som koster penger.

Lite tilskudd kan generere stort engasjement!



En kommune gikk til innkjøp av rickshaw til et eldresenter. Ifølge kommunen var det helt avgjørende for at tiltaket kunne gjennomføres, at kommunen hadde en folkehelsekoordinator med disponible midler som kunne si: «vi har litt penger til dette, hvis dere ordner resten!».

I etterkant av tiltaket opplever kommunen at eldrerådet har blitt veldig engasjert i folkehelsearbeidet, og initiert flere viktige tiltak.

Kommunenenes bruk av tilskudd til folkehelseiltak

I dette kapitlet fremstilles våre data om og vurderinger av kommunens folkehelsearbeid. Informasjonen er basert på datainnsamling gjennom intervjuer, spørreundersøkelse og gjennomgang av dokumentasjon.

De fleste kommunene gjør seg god nytte av tilskuddsmidlene

De fylkeskommunale tilskuddsmidlene sikrer at kommunene har ressurser til å gjennomføre konkrete tiltak som er ment å bedre folkehelsen. Alle kommuner er lovpålagt å drive forebyggende helsearbeid gjennom blant annet helsestasjon og skolehelsetjeneste. Det er imidlertid sjelden kommunene har mye midler å bruke til konkrete tiltak som er ment å ha positiv effekt på folkehelsen i kommunen. Derfor er det mange kommuner som oppgir at de ikke hadde hatt mulighet til å utarbeide konkrete folkehelseiltak hvis det ikke var for tilskuddsmidlene som kommer i forbindelse med samarbeidsavtalens del II.

Tabell 4 Kommunenes bruk av folkehelseiltskuddet, 2014-2016

	<i>Utgifter til folkehelseiltak</i>	<i>Utbetalt tilskudd</i>	<i>Ubenyttet tilskudd</i>
2014	4 224 000	7 675 000	3 451 000
2015	8 394 000	7 750 000	-644 000
2016	7 412 000	7 380 000	-32 000
Totalt	20 030 000	22 805 000	2 775 000

Totalt har Nordland fylkeskommune utbetalt 22,8 millioner kroner til folkehelseiltak knyttet til samarbeidsavtalens del II i perioden 2014-16. Fylkeskommunen har utbetalt omtrent like store beløp til kommunene hvert år. I utgangspunktet får alle kommunene samme beløp hvert år, men det totale beløpet som er utbetalt i året varierer noe som følge av små svingninger for enkeltkommuner, samt at én kommune ikke mottok tilskudd for 2016 grunnet manglende rapportering for tilskuddsbruken i 2015.

Det har imidlertid variert noe fra år til år hvor mye kommunene har brukt. Kommunene har hatt anledning til å overføre ubrukte midler til neste år, noe mange benyttet seg av i 2014. Dette skyldes særlig at tilskuddsutbetalingen kom sent det året. Mange kommuner rakk da ikke å sette i gang tiltakene som tilskuddet skulle finansiere i løpet av året, og overførte derfor tilskuddet til 2015. Det var også enkelte kommuner som overførte hele tilskuddsbeløpet for 2014 til 2015, med den forklaringen at de ikke hadde kommet langt nok i tiltaksplanleggingen til at de hadde noe å bruke tilskuddet på.

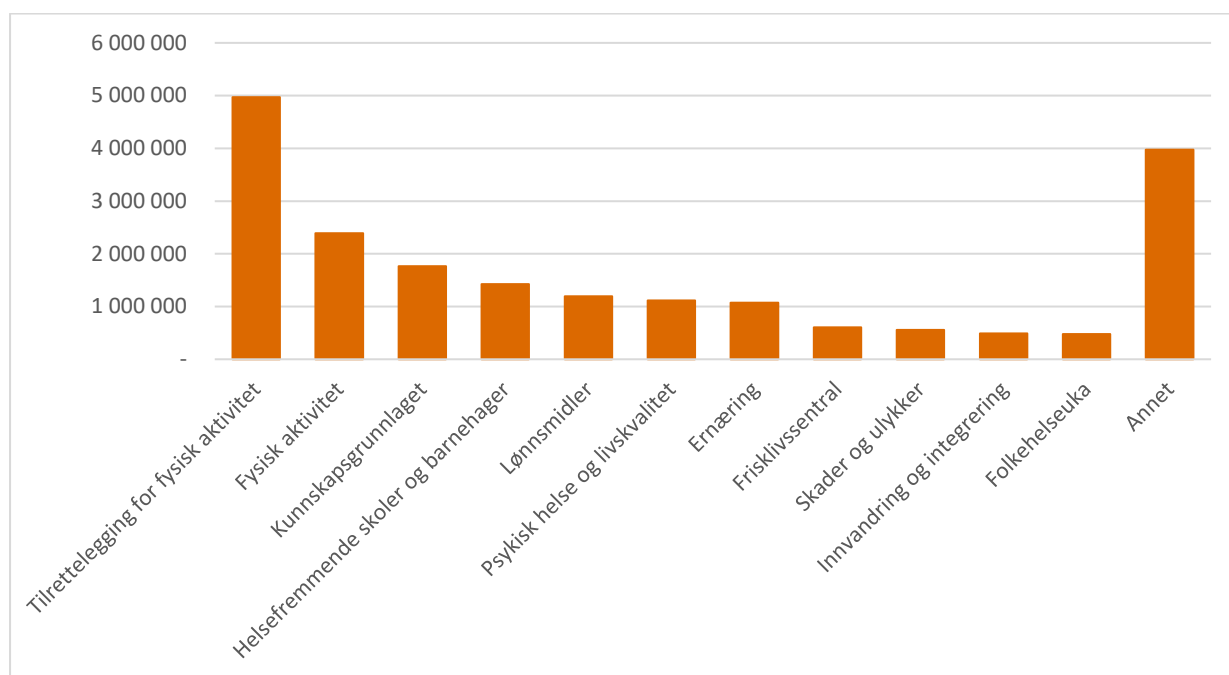
De fleste kommunene som har overført tilskuddsmidler fra ett år til det neste, har brukt disse i det påfølgende året. Samtidig er det kommuner som har hatt behov for å overføre midler i 2015 og 2016. Det er imidlertid enkelte kommuner som utmerker seg med at de har satt av midler fra ett år til det neste, men ikke klarer å bruke opp disse midlene i de påfølgende årene. Disse midlene blir da stående ubenyttet på fond over flere år og når dermed ikke målgruppa for tilskuddsordningen. Etter PwCs beregninger er det sju kommuner som skiller seg ut. Disse har mellom 185 000 og 472 000 kroner i ubenyttede tilskuddsmidler ved utgangen av 2016, noe som beløper seg til nær 2 millioner kroner for disse kommunene samlet.

Totalt viser våre beregninger at om lag 2,77 millioner kroner av det utbetalte tilskuddet til folkehelse stod ubrukt ved utgangen av 2016. Dette utgjør om lag ti prosent av det samlede tilskuddet. Isolert sett kan

dette virke som så store verdier at det er grunn til å spørre om fylkeskommunen har gode nok systemer for oppfølging av tilskuddsbruken. Våre undersøkelser viser imidlertid at bildet kan nyanseres, og at det er flere årsaker til at kommunene ikke klarer å bruke opp tilskuddsbeløpet de mottar fra fylkeskommunen, og må overføre noe til neste år. At kommunene har denne muligheten kan også ses på som et bidrag til at kommunene kan arbeide helhetlig og langsiktig med folkehelsearbeidet. Det kan for eksempel hende at et tiltak ikke lar seg gjennomføre det året det er planlagt. Da har kommunene fleksibilitet til å utsette tiltaket, uten at dette skaper noen økonomisk ulempe. Når tilskudd blir stående ubrukt over flere år, er det imidlertid risiko for at kommunene ikke får nyttiggjort seg av tilskuddet i tilstrekkelig grad. Slike tilfeller må fylkeskommunen åpenbart følge opp.

Kommunene prioriterer tiltak for økt fysisk aktivitet

Figur 19 Kommunenes forbruk innenfor ulike tiltakskategorier, 2014-2016



En vesentlig del av kommunenes folkehelse tiltak dreier seg enten om gjennomføring av, eller tilrettelegging for fysisk aktivitet. Totalt har nordlandskommunene brukt 37 prosent av tilskuddsmidlene for perioden 2014-2016 til tiltak for økt fysisk aktivitet i befolkningen. Alle kommunene har i løpet av perioden 2014-2016 gjennomført minst ett slikt tiltak. De fleste kommunene har også gjennomført slike tiltak hvert år i perioden.

En av årsakene til at kommunene har brukt en så stor del av tilskuddet til å legge til rette for økt fysisk aktivitet i befolkningen kan være at tiltak innenfor denne tiltakskategorien er dyrere enn tiltak i de andre kategoriene. Dette gjelder særlig for kategorien "Tilrettelegging for fysisk aktivitet". Kommunene bruker i snitt 27 000 kroner per tiltak innenfor denne kategorien. Det er kun tiltak innenfor "helsefremmende skoler og barnehager" som har høyere gjennomsnittskostnad. Tiltakene innenfor "tilrettelegging for

Tiltak: Åpen svømmehall



Tiltaket samler opp til 500 personer hver fredag. Kommunen opplever stor aktivitet fra alt fra barnefamilier til besteforeldre, og fremhever særlig tiltakets betydning som integreringstiltak. Kommunen bruker 50.000 kr årlig på tiltaket, som går til idrettslaget. Tiltaket bemannes over lønnsmidler.

fysisk aktivitet” er ofte større prosjekter, som for eksempel rydding av turstier og skiløyper eller opprusting av uteområdene i skolen og barnehagen. Slike tiltak bidrar til at den samlede pengebruken på tilretteleggingstiltak blir høy. Samtidig er dette tiltak som når store befolkningsgrupper, og dermed potensielt kan ha god effekt på befolkningens helse.

Tiltak som er mer direkte rettet mot å finansiere fysisk aktivitet omfatter mange ulike initiativ, fra gjennomføring av ulike tur- og friluftstiltak, til støtte til lag og foreninger og finansiering av treningssenterutgifter til utvalgte målgrupper. Noen kommuner har også brukt tilskuddsmidlene til å finansiere gratis inngang i kommunale svømmebasseng.

Dette viser at de store tiltakene kommunene setter igang for økt fysisk aktivitet retter seg mot hele befolkningen, mens tiltak mot utvalgte målgrupper ofte mottar mindre tilskuddsbeløp.

Etter tilskuddsmidler til fysisk aktivitet, har kommunene brukt mest midler til oppdatering av kunnskapsgrunnlaget (utarbeidelse av oversiktsdokumentet). Den største andelen gjelder deltakelse på kurs og konferanser, mens kun noen få kommuner har brukt disse midlene til innhenting av informasjon om helsetilstanden til befolkningen i egen kommune.

Helsefremmende skoler og barnehager er et prioritert område i alle kommunenes samarbeidsavtaler. Kommunene har brukt om lag 1,5 millioner kroner i perioden 2014-2016 på tiltak i skoler og barnehager som ikke hører inn under noen av de andre tiltakskategoriene. I tillegg er en stor del av tiltakene som skal legge til rette for økt fysisk aktivitet i befolkningen organisert i sammenheng med skoler og barnehager. Det samme gjelder tiltak for bedre psykisk helse og livskvalitet, samt ernæring.

Flere kommuner bruker også en god del av tilskuddet på ernæringstiltak. Totalt har om lag fem prosent av tilskuddsmidlene gått til slike tiltak i perioden 2014-2016. En vesentlig del av ernæringstiltakene dreier seg om frukt og grønt i skoler og barnehager eller skolelunsjordninger.

Flere av tiltakene innenfor kategoriene “fysisk aktivitet”/“tilrettelegging for fysisk aktivitet”, “ernæringstiltak” samt “psykisk helse og livskvalitet” er enten organisert i regi av, eller i sammenheng med skole og barnehage. Disse tiltakene kunne derfor også hørt til under “helsefremmende skoler og barnehager” som er et viktig satsingsområde for alle kommunene i Nordland. Vi kommer nærmere inn på beskrivelsen av målgrupper senere i kapittelet.

Tiltak: internasjonal mataften

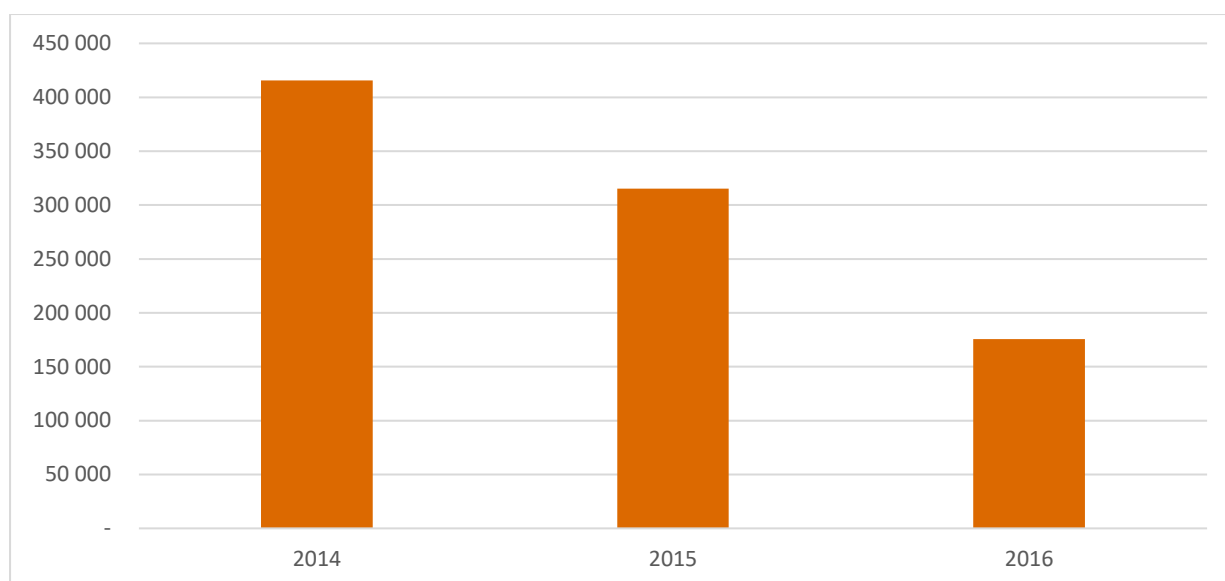


En kommune arrangerer «internasjonal mataften» med mat fra mange ulike land og kulturer. Kommunen opplever det som en stor suksess, med 350-450 betalende gjester og ca. 50 involverte «kokker» fra ulike land.

I tillegg er det en del tiltak som faller inn under kategorien “annet”. Dette er tiltak som enten omfatter flere av tiltakskategoriene og derfor ikke naturlig passer inn under én tiltakskategori, eller tiltak som ikke er tilstrekkelig beskrevet til at det er mulig å avgjøre hva tiltaket dreier seg om. Eksempler på slike tiltak er når kommunen kun har rapportert om utgifter til “ulike tiltak/aktiviteter”, eller for eksempel finansiering av “åpen hall”, som ikke gir noen indikasjon på hva hallen brukes til. Nær 25 prosent av tilskuddsbruken som havner i “Annet”-kategorien dreier seg om utgifter til uspesifiserte tiltak.

Enkelte kommuner har også valgt å bruke hele eller deler av tilskuddet knyttet til samarbeidsavtalens del II til å lønne folkehelsekoordinatoren. Nær 1,2 millioner tilskuddskroner (utover basistilskuddet) er blitt brukt til utbetaling av lønnsmidler. Antallet kommuner og antall tilskuddsmidler som blir brukt til lønn har imidlertid gått ned i løpet av perioden 2014-2016. Mens om lag 15 prosent av kommunenes bruk av tilskuddsmidler gikk til lønn i 2014, gjaldt dette kun 3 prosent av tilskuddsmidlene i 2016.

Figur 20 Kommunenes bruk av tilskuddsmidler etter del II til å betale lønn for folkehelsekoordinatoren, 2014-2016



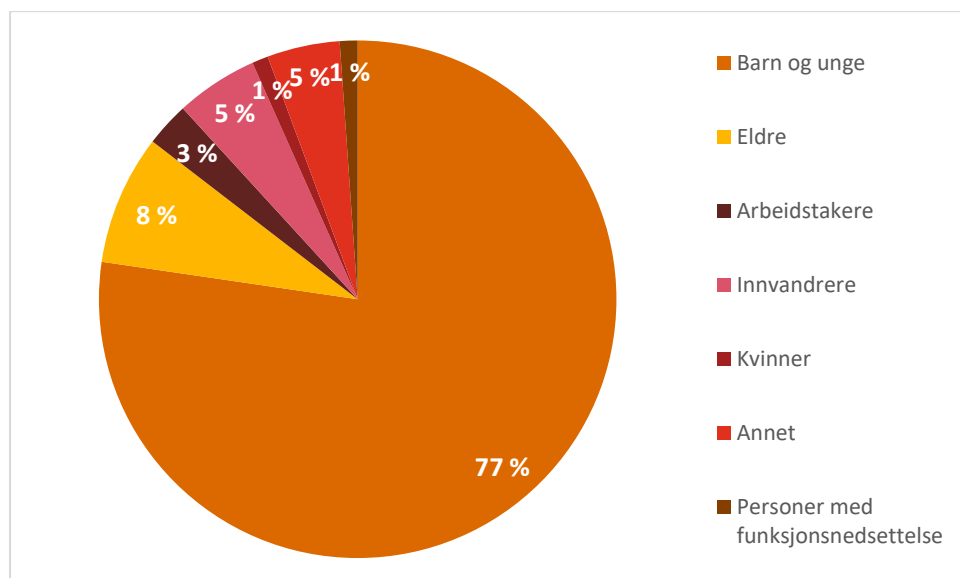
Både store og små kommuner bruker for det meste tilskuddsmidler på de samme typene tiltak. Ut fra våre data kan vi derfor forvente at Nordlandskommunene vil prioritere relativt likt i utviklingen av folkehelse tiltak, uavhengig av om kommunen er stor eller liten.

Utover lønnsmidler er det heller ingen vesentlige forskjeller i kommunenes bruk av tilskuddet fra det ene året til det neste innenfor de ulike tilskuddskategoriene.

Kommunene prioriterer barn og unge som målgruppe

Barn og unge er en viktig og prioritert målgruppe for alle Nordlandskommunene. Helsefremmende skoler og barnehager er et prioritert område i samarbeidsavtalens del II for alle kommunene i Nordland, noe pengebruken overfor denne befolkningsgruppa også gjenspeiler.

Figur 21 Kommunenes forbruk til ulike målgrupper, 2014-2016



I denne evalueringen skiller vi mellom befolkningsrettede og målrettede folkehelse tiltak. Et **målrettet tiltak** er et tiltak som retter seg mot en bestemt gruppe, uavhengig av størrelsen på denne gruppa. Ulike målgrupper kan blant annet være basert på kjønn, alder, innvandrerbakgrunn, yrkesgrupper eller utvalgte geografiske avgrensninger (for eksempel utvalgte bydeler i en by). Et **befolkningsrettet tiltak** er et tiltak som er tilgjengelig for alle innbyggere i kommunen. Slike tiltak kan også omtales som «universelle tiltak». Eksempler på slike tiltak kan være utbygging av sykkelveier eller parker, eller etablering av utstyrsbank.

Kommunene har brukt om lag 9,5 millioner på målrettede tiltak i perioden 2014-2016. Dette er i underkant av 50 prosent av de benyttede tilskuddsmidlene i perioden. Kun de minste kommunene, med under 1000 innbyggere bruker mer penger per tiltak på de målrettede tiltakene, enn de befolkningsrettede.

Av de midlene som har gått til tiltak med en bestemt målgruppe, har over tre fjerdedeler av midlene gått til tiltak rettet mot barn og unge. Mange av disse tiltakene har vært gjennomført i regi av skole og barnehage. Det er særlig ernærings tiltak, opprettelse av sosiale møteplasser, samt helsefremmende skoler og barnehager som målrettes. I tillegg er nær halvparten av midlene som er benyttet til tiltak for økt fysisk aktivitet rettet mot barn og unge målrettede. Eksempler på tiltak som er målrettet mot barn og unge i regi av skole og barnehage er frukt- og grøntordninger, finansiering av skolemat, tilrettelegging av uteområder eller finansiering av utendørsaktiviteter.

Tiltak: aktivitetskort



Barn i familier med vedtak fra NAV eller barnevernet har rett til aktivitetskort som gir fri inngang på aktiviteter, medlemskap i idrettslag og kino og andre aktiviteter. Tiltaket kom i gang på grunn av tildelte prosjektmidler fra ulikt hold, og holdes ifølge kommunen i gang på grunn av god tverrfaglig forankring i organisasjonen.

En målretting av folkehelse tiltak innebærer ikke nødvendigvis en vesentlig innsnevring av tiltakets nedslagsfelt. Barn og unge i barnehage- og grunnskolealder utgjør en relativt stor andel av befolkningen. I tillegg vil målretting av tiltak mot denne befolkningsgruppa kunne sikre at barn og unge får gode vaner i tidlig alder, og dermed legge til rette for sunne liv.

Tiltak som retter seg mot den eldre befolkningen dreier seg i stor grad om skadeforebygging og opprettelse av sosiale møteplasser. Blant annet er det flere kommuner som har benyttet folkehelse tilskuddet til strøsand for eldre om vinteren for å forhindre fallskader. Eksempler på sosiale tiltak for eldre er finansiering av seniordans, utedag for eldre, eller bingo-arrangement.

«I vår kommune er erfaringen at vi ikke klarer å treffe målgruppene med de målrettede tiltakene. Et eksempel på det er et tilbud om leksehjelp og fysisk aktivitet for ungdomsskoleelever. Målet var å treffe de ungdommene som trenger hjelp til leksene, og har behov for litt mer fysisk aktivitet i hverdagen. Den foreløpige evalueringen viser at disse ikke kommer. De som kommer, er de som allerede har god kontroll på skolearbeidet og er i aktivitet på fritiden.»

- folkehelsekoordinator

En av risikoene ved målretting, er at man kan målrette for snevert. En av case-kommunene trekker fram at de hadde tilbudt gratis tur til familiepark for lavinntektsfamilier og familier med utfordringer knyttet til psykisk helse. Her hadde de utfordringer med å rekruttere fra målgruppa, helt til de åpnet opp tilbudet for alle familiene i kommunen. Gjennom det nådde de også de familiene som var i den opprinnelige målgruppa. Sterk grad av målretting og behovsprøving av folkehelse tiltak kan virke mot sin hensikt dersom målgruppa føler seg stigmatisert eller umyndiggjort ved å delta på tiltaket. Det er derfor viktig at

målrettede tiltak innrettes på en måte som gjør at det oppleves som positivt å delta på for de som er i målgruppa for tiltaket.

Flere kommuner trekker også fram at de bevisst unngår å målrette tiltak. Begrunnelsen for dette er at befolkningsrettede tiltak som oftest har et større nedslagsfelt, og også tiltrekker seg flere deltakere.

Blant kommunene i Nordland er det med andre ord kommuner som har både gode og dårlige erfaringer med målretting. På spørsmål om hvilken type tiltak som har hatt best effekt, de trekker fram både befolkningsrettede og målrettede tiltak. Ved å rette tiltakene mot hele befolkningen opplever kommunene ofte stor deltakelse, og dermed en god forventet effekt på tiltaket. Målrettede tiltak kan derimot spisses mer for å gi større forventet effekt blant de som skal ha nytte av tiltaket.

Vårt inntrykk er at en forutsetning for å lykkes med målrettede tiltak er å kjenne hvilke utfordringer målgruppa har, og finne metoder for å rekruttere denne gruppa uten at rekrutteringen virker stigmatiserende. Kommuner som har lykkes med målrettede tiltak har gode metoder for å identifisere hvem som har behov for bistand, og så sørge for at målgruppa selv har innflytelse over utformingen av tiltaket. En slik kartlegging av relevante målgrupper krever samarbeid mellom ulike deler av kommunen. Enkelte kommuner trekker blant annet fram gode erfaringer med å samarbeide med NAV og barnevern for å identifisere barn og unge som kan ha nytte av folkehelse tiltak knyttet til utenforskap og sosial inkludering. En kommune med positiv erfaring fra målretting av tiltak forklarer at en suksessfaktor var at de gjennomførte tiltaket i samarbeid med en ideell organisasjon som arbeidet med målgruppa fra før. Slik ble det enklere å nå ut til målgruppa, og tiltaket fikk større effekt.

Tiltak: «Sprelske unga»



Målretta tiltak mot inaktive ungdommer i ungdomskolen. Gymlærere eller andre som kjenner barna nominerer dem, og ungdommene får to timer fysisk trening etter skoletid, delt mellom jenter og gutter. Kommunen opplever at tiltaket har stor effekt, og oppgir at det aldri hadde prioritert det uten tilskuddsmidlene.

Tilskuddet går i stor grad til kommunenes prioriterte områder

Tabell 5 Kommunenes bruk av tilskuddet innenfor prioriterte områder, etter om tiltaket er befolkningsrettet eller målrettet

	Befolkningsrettede tiltak	Målrettet tiltak	Totalt
Ikke prioritert	4 189 000	706 000	4 895 000
Prioritert	6 396 000	8 739 000	15 135 000
Totalt	10 585 000	9 445 000	20 030 000

Om lag 75 prosent av tilskuddsmidlene har gått til tiltak som retter seg mot de prioriterte områdene i del II i samarbeidsavtalen mellom fylkeskommunen og kommunen. Særlig gjelder dette de målrettede tiltakene. Nær alle midlene brukt på målrettede tiltak har gått til tiltak som er prioriterte i samarbeidsavtalen. De tiltakene som blir gjennomført selv om de ikke er innenfor et av de prioriterte områdene, er i stor grad tiltak som retter seg mot hele befolkningen. Her er det verdt å nevne at 1,1 millioner kroner av dette er midler som er brukt til utbetaling av lønn til folkehelsekoordinator. PwC har forstått at fylkeskommunen har uttalt at tilskuddet til samarbeidsavtalens del II ikke er tiltenkt lønning av folkehelsekoordinator. Vi har derfor kodet disse midlene som uprioritert bruk, selv om flere kommuner har rapportert om denne bruken under det prioriterte området "kunnskapsgrunnlaget".

En annen stor post under uprioriterte tiltak er finansiering av aktiviteter under folkehelseuka. Denne blir arrangert hvert år, og mange kommuner har brukt tilskuddet til å finansiere ulike aktiviteter i forbindelse med dette. Totalt har Nordlandskommunene brukt nær MNOK 0,5 til tiltak i forbindelse med folkehelseuka. Det er imidlertid sjelden oppgitt konkret hvilke aktiviteter dette har dreid seg om, og dermed også vanskelig å si om aktivitetene har støttet opp under de prioriterte områdene i kommunens samarbeidsavtale.

Alt i alt er det PwCs oppfatning at kommunene benytter tilskuddet til å finansiere tiltak under de prioriterte områdene i samarbeidsavtalens del II.

Tiltak blir i liten grad videreført fra ett år til det neste

Tabell 6 Videreførte tiltak, etter om tiltaket er innenfor et prioritert område i samarbeidsavtalen

		Utgifter til tiltak	Utgifter til tiltak videreført fra året før	Totalt
2015	Uprioritert område	1 598 000	479 000	2 077 000
	Prioritert område	5 339 000	978 000	6 317 000
2016	Uprioritert område	821 000	397 000	1 218 000
	Prioritert område	4 761 000	1 433 000	6 194 000
	Totalt	12 519 000	3 287 000	15 806 000

En relativt liten andel av tilskuddsmidlene går til tiltak som blir videreført fra året før. Dette gjaldt for om lag 17 prosent av tilskuddsmidlene i 2015, og 25 prosent av tilskuddsmidlene i 2016. Trenden viser en økning i andelen tilskuddsmidler som går til tiltak videreført fra året før, men det meste av folkehelsemidlene går til tiltak som er nye av året.

Som det fremgår av kapitlene foran oppgir mange kommuner at de prioriterer tiltak som dukker opp gjennom året, og finansierer disse med tilskuddsmidler. Det kan være en av årsakene til at såpass lite midler brukes på videreførte tiltak. Samtidig er mange av de tiltakene kommunene gjennomfører engangstiltak i sin natur, som etablering av en gangsti. Det vil derfor ikke være riktig å forvente at tiltaket skal videreføres fra det ene året til det neste.

Risikoen ved at så mye av folkehelsemidlene går til nye tiltak hvert år, er at det kan gå ut over langsiktigheten i folkehelsearbeidet. Selv om mange av tiltakene kommunene har gjennomført er engangstiltak, kan den lave graden av videreføring være en indikator på at kommunen ikke har gjort en god nok jobb i utformingen av tiltaket.

Tiltak: gratis strøsand



En kommune deler ut gratis strøsand til eldre i samarbeid med frivillighetssentralen. Hjemmetjenesten står for utkjøring. Tiltaket er videreført i 4-5 år. Ifølge kommunen melder legekantoret om nedgang i bruddskader etter at tiltaket ble iverksatt.

Andre faktorer enn tiltakets art avgjør om de lykkes

Datamaterialet gir ikke grunnlag for å konkludere med at noen "typer tiltak" er dårligere egnet til å lykkes enn andre. Dette kommer tydelig fram når vi spør kommunene om hvilke tiltak de har lyktes med, og hvilke typer tiltak de ikke har lyktes med. Flere "typer tiltak" går igjen som svar på begge spørsmålene. For eksempel oppgir flere kommuner å ha utfordringer med frisklivssentralene, samtidig som mange kommuner ser på disse som store suksesser, som beskrevet under. De kommunene som ikke opplever å lykkes, begrunner det blant annet med manglende oppfølging fra kommuneledelsen og manglende plan for hvordan tiltaket skulle driftes.

Noen kommuner har utfordringer med å nå målene om helsefremmende skoler og barnehager, som av andre igjen er ansett som suksesser. De kommunene som har slike utfordringer, begrunner det først og fremst med manglende forankring og forståelse for arbeidet i oppvekstsektoren.

Et eksempel som skiller seg ut i datamaterialet er at flere kommuner ikke har lyktes med å nå målene om å fremme aktiv transport: gå/sykling til jobb osv. De begrunner dette først og fremst med at forutsetningene for å virkelig bli bedre på aktiv transport, er fysisk tilrettelegging: gang- og sykkelveier, belysning, sykkelparkering og så videre. I dette bildet monner folkehelsekoordinatorenes «verktøy», som holdningskampanjer, lite. Flere koordinatorene oppgir at de jobber godt med de kommunale avdelingene som har ansvar for veiplanlegging og annen type tilrettelegging, men at disse målene likevel fremstår som vanskelige å nå.

PwCs vurdering er at det i liten grad lar seg gjøre å kategorisere noen «typer tiltak» som har liten sannsynlighet for å lykkes. Vårt inntrykk er at det i større grad er andre faktorer som er avgjørende for om kommunene lykkes med folkehelseiltakene, som forankring i alle deler av organisasjonen, kontinuerlig oppfølging av ledelsen og ikke minst at man på forhånd har kunnskap om at dette tiltaket er det rette for å møte en påvist utfordring. I tillegg er det verdt å nevne at målene selvsagt må være realistiske, noe som kanskje ikke gjelder alle målene om aktiv transport.

God opplevd effekt av mange ulike folkehelseiltak

PwC har ikke data til å si noe om hvilke tiltak eller hva slags typer tiltak som faktisk har god effekt på folkehelsen. Dette ville ha krevd datainnhenting av en helt annen skala enn hva denne evalueringen legger opp til. Kommunenes rapportering på bruken av tilskuddet fra fylkeskommunen legger ikke til rette for å vurdere om tiltakene har noen effekt på helsetilstanden i befolkningen i kommunene.

Rapporteringen sier ikke noe om antall deltakere eller brukere av ulike tiltak, annet enn anekdotiske bemerkninger i enkelte rapporter. På grunn av for dårlig datagrunnlag hos Folkehelseinstituttet på kommunenivå har det heller ikke latt seg gjøre å vurdere utviklingen i Folkehelseinstituttets folkehelseindikatorer opp mot tiltak og satsingsområder i kommunene. En slik analyse ville uansett vært vanskelig å tolke, og konkludere ut i fra så lenge datagrunnlaget kun spenner over tre år. Det vil ikke være å forvente at folkehelseiltak vil gi utslag på folkehelseindikatorer over en så kort tidsperiode.

Vi har likevel spurt kommunene om hvilke tiltak de *opplever* at har effekt.

I intervjuene trekker kommunene særlig fram fire typer tiltak som de selv opplever har god effekt:

- Tilrettelegging for fysisk aktivitet
- Helsefremmende skoler og barnehager
- Utvikling av kunnskapsgrunnlaget
- Etablering av frisklivssentral

Ved å tilrettelegge for fysisk aktivitet opplever flere kommuner at de har økt aktivitetsnivået blant befolkningen i kommunen.

Kommunene oppgir at flere i dag kommer seg ut i aktivitet gjennom tiltak kommunen har finansiert gjennom folkehelseiltak. Særlig har kommunene god erfaring med tilrettelegging for friluftsliv og etablering av utstyrsbanker. Slike tiltak legger også til rette for at kommunen kan måle bruken av tiltaket. For utstyrsbanken vil all utleie av utstyr registreres, og slik kan kommunen også følge opp bruken av utstyrsbanken. Det er også mulig å gjøre tilfeldige tellinger for å måle bruken av

Tiltak:
«FriskLivs-
dossen»



Prosjekt med mål om å sikre meningsfulle aktiviteter tilpasset den enkelte bruker på kommunens sykehjem, og gjennom det bidra til trivsel og livsglede. Prosjektet er evaluert av Nordlandsforskning, som ifølge kommunen mener at prosjektet har medført en klar kulturendring fra pleiekultur til aktivitetskultur, og bidratt til langt mer aktivitet blant beboerne.

friluftsområder, selv om PwC ikke er kjent med at noen av Nordlandskommunene gjør dette i dag. Flere kommuner oppgir imidlertid at tilrettelegging av friluftsområder har gitt en synlig økning i bruken av disse områdene.

Ved å satse på helsefremmende skoler og barnehager har kommunene kunnet satse på ulike tiltak mot denne målgruppa, etter hvilke behov og utfordringer de ser i sin kommune. Noen kommuner har satset på å legge til rette for økt fysisk aktivitet i skoler og barnehager, mens andre har satset på tiltak for bedret psykisk helse, og redusert mobbing. Det blir imidlertid trukket fram at særlig tiltak for psykisk helse blant barn og unge er vanskelige å måle. Slike tiltak er gjerne utformet som forebyggende og ikke reparerende tiltak. I slike tilfeller vil ikke resultatet av tiltaket være bedret psykisk helse, siden tiltaket retter seg mot en gruppe som i utgangspunktet ikke har psykisk helse-utfordringer. Formålet med slike tiltak er imidlertid å sørge for at personer som er i risikozonen for å utvikle psykiske problemer ikke gjør dette. Effekten av slike tiltak er vanskelige å måle, særlig på kort sikt.

Én kommune trekker fram at det er viktig å legge til rette for at helse og helsefremmende innsats og det faglige innholdet i skolen skal henge sammen.

Utvikling av kunnskapsgrunnlaget vil ikke ha noen direkte effekt på helsetilstanden i befolkningen, men er likevel viktig for at kommunene skal kunne bruke folkehelsemidlene effektivt. Særlig trekker kommunene fram at økt kunnskap om folkehelsestilstanden gir folkehelsearbeidet større tyngde, og bedre forankring i kommunen. Det blir enklere å overbevise både kommuneledelsen og politisk ledelse om at det lønner seg å prioritere folkehelse når kommunen har god oversikt over folkehelseutfordringene, og hvilke tiltak som fungerer for å imøtegå disse utfordringene.

Til slutt er det flere kommuner som har god erfaring med etablering av frisklivssentral. Ved frisklivssentralen tilbyr kommunene en rekke ulike folkehelse tiltak, som oftest rettet mot særskilte målgrupper. En kommune trekker fram at frisklivssentralen har blitt godt mottatt i befolkningen, og blant annet bidratt til at kommunen har nådd ut til unge, hjemmesittende uføre.

En annen kommune, som har evaluert bruken av frisklivssentralen, oppgir at denne evalueringen viser at deltakerne i tiltak ved frisklivssentralen får bedre score på relevante helseindikatorer etter å ha deltatt på tiltak. Denne kommunen trekker fram tverrfaglighet ved frisklivssentralen som en suksessfaktor.

For å sikre effekt av folkehelse tiltakene peker kommunenes erfaringer i retning av at tiltakene må bygge på kunnskapsgrunnlaget for folkehelse tilstanden i kommunen. I tillegg har flere kommuner god erfaring med tverrfaglig samarbeid i folkehelsearbeidet. Dette bidrar både til at folkehelsearbeidet forankres i flere kommunale sektorer, og det sikrer at ulike enheter i kommunen trekker i samme retning i folkehelsearbeidet. Til slutt kan det være lurt å involvere innbyggerne i kommunen i utviklingen av folkehelse tiltakene. Dette kan bidra til å sikre god deltakelse på tiltakene i neste omgang.

Det finnes etter hvert mye god kunnskap om hva som virker på folkehelseområdet, blant annet effektforskning på fysisk aktivitet, kosthold, psykisk helse osv. Folkehelsearbeid er etablering av beste praksis. Det forutsetter at kommunene er kjent med denne kunnskapen, for deretter å vurdere hva slags

Effekt av frisklivssentralen?



En kommune gjennomfører testing av brukerne av frisklivssentralen. De erfarer at:

- Antall brukere av «Trening på resept» har økt fra 55 til 108 i året over 5 år
- Brukernes gjennomsnittlige fysiologiske alder etter 12 ukers trening har gått ned med 12,5 år.
- Den største målte effekten på fysiologisk alder så langt er 30 år.

tiltak som kan være egnet til å møte utfordringene i deres kommune. PwC har inntrykk av at mange kommuner har en vei å gå når det gjelder å samle inn kunnskap om hvilke tiltak som virker.

Som nevnt foran opplever Nordlandskommunene god effekt både på målrettede og befolkningsrettede tiltak. Det er imidlertid mer utfordrende å treffe godt med de målrettede tiltakene. I tillegg vil den samlede befolkningseffekten i de aller fleste tilfellene være lavere, siden de målrettede tiltakene i sin natur utelukker deler av befolkningen fra å delta. Vår analyse viser at kommunenes bruk av tilskudd er tilnærmet lik for henholdsvis målrettede og befolkningsrettede tiltak. Det kan være hensiktsmessig å sikre en blanding av målrettede og befolkningsrettede tiltak for å oppnå størst mulig effekt av folkehelse tiltakene, men at det bør være en overvekt av befolkningsrettede tiltak. Dette skyldes at det er enklere å sikre god deltakelse på befolkningsrettede tiltak, samt at de når ut bredere, noe som kan sikre mer folkehelse per tilskuddskrone.

Avslutningsvis vil vi trekke fram at ikke all effekt av folkehelse tiltak kan måles statistisk, iallfall ikke på kort sikt, uansett hvor gode data man skulle ha. Blant case-kommunene finnes det flere eksempler på tiltak som først og fremst er egnet til å bedre livskvalitet hos aktuelle målgrupper. Det at ikke effekten kan måles på kort sikt, betyr ikke at det ikke er gode folkehelse tiltak.

Tiltak: «Møteplassen»



«Møteplassen» er et lavterskeltilbud rettet mot folk med rusproblematikk. Møteplassen tilbyr sosialt samvær, felles matlaging og noen enkle, felles aktiviteter. Kommunen har ikke data som kan antyde at tiltaket medfører nedgang i rus, men kommunen kan fastslå at tilbudet er populært, og tror det bidrar til å bedre livskvaliteten for målgruppen.

