

Partnerskap som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid
- med oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet

Heftets tittel: Partnerskap som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid – med oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet

Utgitt: Oktober 2011

Bestillingsnummer: IS-1935

Utgitt av: Helsedirektoratet
Kontakt: Avdeling for lokalt folkehelsearbeid
Postadresse: Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo
Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050
Faks: 24 16 30 01
www.helsedirektoratet.no

Hftet kan bestilles hos: Helsedirektoratet
v/ Trykksaksekspedisjonen
e-post: trykksak@helsedir.no
Tlf.: 24 16 33 68
Faks: 24 16 33 69
Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-1935

Forord

Partnerskap for folkehelse ble gjennom St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen) lansert som en sentral arbeidsform i det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Et forpliktende samarbeid mellom forskjellige aktører med ulike virkemidler, men med felles mål, skulle gi synergier og løfte folkehelsearbeidet.

Modellen er i stor grad tatt i bruk for å etablere forpliktende samarbeid mellom kommune og fylkeskommune. Om lag 70 % av kommunene har skrevet partnerskapsavtale med fylkeskommunen. For øvrig ser det ut til å være variasjoner mellom fylkene når det gjelder i hvilken grad, hvordan og til hva partnerskapsmodellen benyttes.

Et viktig rasjonale bak lanseringen av partnerskap for folkehelse var å etablere en infrastruktur for folkehelsearbeidet som dels skulle møte målet om forankring av folkehelseansvaret i ulike deler av offentlig sektor, og dels å dele et ansvar mellom det offentlige, og frivillig sektor og private aktører.

Fylkeskommunens ansvar for å etablere og lede regionale partnerskap gjelder generelt, ikke spesielt på folkehelseområdet. I St.meld. nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn – regional framtid heter det at:

Fylkeskommunen har blant annet ansvar for å etablere møteplasser og lede regionale partnerskap. Utgangspunktet for å etablere regionale partnerskap som den sentrale arbeidsformen er å medvirke til å sikre mer helhetlige løsninger (Kommunal- og regionaldepartementet 2006).

Bakgrunnen er at fylkeskommunen, som regional utviklingsaktør, skal ta initiativ og utvikle strategier for å finne helhetlige løsninger på tvers av sektorer og nivåer. Å bidra til at ulike aktører samarbeider om å løse felles utfordringer er her sentralt. Hensikten er å fremme ønsket samfunnsutvikling i egen region. Partnerskap for folkehelse kan sies å ha blitt lansert også for å tydeliggjøre at helse inngår som en del av regional utvikling.

Fylkeskommunene hadde etter sykehusreformen en begrenset rolle på helseområdet (utover tannhelsetjenesten). Gjennom Folkehelsemeldingen fikk fylkeskommunene en frivillig oppgave med å koordinere folkehelsearbeidet i fylket. Partnerskapsmodellen gav fylkeskommunene en plattform og en posisjon overfor kommunene og en rekke regionale aktører. En del statlige stimuleringsmidler (samt betydelige fylkeskommunale midler) ble kanalisert (via fylkeskommunene) til en infrastruktur i kommunene, i tråd med en partnerskapstenkning. Midlene har blant annet blitt benyttet til å rekruttere lokale folkehelsekoordinatorer i kommunene, noe som har gitt fylkeskommunene et nettverk mot kommunene. Midlene har vært en viktig del av partnerskapsarbeidet mellom kommuner og fylkeskommuner.

Fra 2010 gikk fylkeskommunens folkehelseansvar fra å være frivillig til å være lovpålagt, jf. lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Samtidig ble de

statlige stimuleringsmidlene lagt inn i rammetilskuddet til fylkeskommunene. Gjennom ny folkehelselov (gjeldende fra 1.1.2012) er kommunenes og fylkeskommunenes ansvar beskrevet i samme lov, og roller og ansvar er tydeliggjort. Infrastrukturen er dermed ikke lenger avtalebasert. Endringene medfører ikke at behovet for et forpliktende samarbeid blir noe mindre, men etter Helsedirektoratets oppfatning bør fylkeskommuner og kommuner reflektere om det fremtidige innholdet i samarbeidet.

Helsedirektoratet gir gjennom denne rapporten en nærmere beskrivelse av partnerskap som arbeidsform i folkehelsearbeidet. Det legges særlig vekt på regionale partnerskap mellom fylkeskommunen og andre regionale aktører, der også kommunene kan inngå. I kapittel 6 formidles et verktøy for fylkeskommuner og kommuner for å vurdere innretningen på og sentrale elementer i partnerskapsarbeidet.

Rapporten inneholder i tillegg en oversikt over hvordan fylkeskommunene har organisert folkehelsearbeidet, partnerskapsarbeidet inngår her som ett element. Oversikten har gitt et insitament til å oppsummere tendenser og er samtidig funnet egnet som del av grunnlaget for betraktningene om partnerskap for folkehelse fremover. Oversikten er utarbeidet av fylkeskommunene selv og følger som vedlegg til rapporten. Helsedirektoratet vil takke fylkeskommunene for et nyttig arbeid. En spesiell takk går til folkehelsekoordinator Sigrun Henriksen i Hordaland fylkeskommune som har sørget for innhenting og sammenstilling av informasjonen. Videre skal flere av folkehelsekoordinatorene hos fylkeskommunen takkes for innspill til rapportinnholdet.

Helsedirektoratet vil også takke Maurice Mittelmark ved HEMIL-senteret for tilbakemeldinger på rapportutkast.

Det er gjennomført flere kartlegginger og evalueringer de siste årene der partnerskap som arbeidsform i folkehelsearbeidet inngår, både fra Helsedirektoratets side og fra forskningshold. Denne rapporten supplerer tidligere oppsummeringer og undersøkelser.

Helsedirektoratet, oktober 2011



Knut-Inge Klepp
divisjonsdirektør, folkehelsedivisjonen

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn for rapporten	5
1.2	Formål med rapporten og målgrupper	6
1.3	Avgrensninger	6
1.4	Bruk av litteratur	6
2	Folkehelsearbeid - kjennetegn	8
2.1	Kjennetegn ved helsefremmende og forebyggende arbeid	8
2.2	Tiltak i alle sektorer	8
2.3	Folkehelseansvar på regionalt og lokalt nivå	9
2.4	Systematikk i folkehelsearbeidet	10
3	Hva er partnerskap for folkehelse?	11
3.1	Definisjon av partnerskap for folkehelse	11
3.2	Perspektiver på partnerskap som arbeidsform	11
3.3	Tilgrensende arbeidsformer	12
3.4	Betingelser for godt partnerskapsarbeid	13
4	Partnerskap for folkehelse i Norge	14
4.1	Bakgrunnen for å introdusere partnerskap som arbeidsform	14
4.1.1	Erfaringer fra det statlige programmet Samlet plan	14
4.1.2	Erfaringer fra utviklingsarbeid	14
4.1.3	Strømninger fra WHO	15
4.2	Lansering av partnerskap for folkehelse	16
4.3	Fylkeskommunens rolle i partnerskapsarbeidet	17
4.4	Forpliktelser fra statens side - stimuleringsmidler	17
4.5	Momenter fra evaluering av partnerskap for folkehelse	18
4.6	Ny folkehelselovgivning	19
5	Tendenser i regionalt partnerskapsarbeid 2010/2011	21
5.1	Organisatorisk plassering og bruk av ressurser	21
5.2	Planforankring av folkehelsearbeidet	21
5.3	Tematiske satsinger	21
5.4	Partnerskap	22
5.4.1	Partnerskap internt i fylkeskommunen	22
5.4.2	Partnerskap med andre aktører	23
5.4.3	Partnerskapsavtale med kommunene	25
5.5	Andre samarbeidsstrukturer	26
6	Modell for å vurdere partnerskap for folkehelse	27
6.1	Utfordringer	27
6.2	Vurdere hvordan partnerskap fungerer - analysemodell	28

6.3	Avklaringer ved etablering av partnerskap (input)	29
6.3.1	Målet for partnerskapet	29
6.3.2	Aktørene	30
6.3.3	Partnerskapsavtalen	31
6.4	Gjennomføring av partnerskapsarbeidet (throughput)	32
6.4.1	Organisering	32
6.4.2	Ledelse	33
6.4.3	Dokumentasjon	33
6.5	Effekt av partnerskapsarbeidet (output)	34
6.6	Vurderinger av partnerskap – oppsummering av momenter	35
	Litteraturliste	36
	Vedlegg 1: Partnerskapsavtale for folkehelse - skisseforslag	39
	Vedlegg 2: Oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet	41

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for rapporten

Denne rapporten handler om *partnerskap for folkehelse* som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid. Partnerskap for folkehelse ble gjennom St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen) lansert som en sentral arbeidsform i det lokale og regionale folkehelsearbeidet. Hensikten var å skape bedre systematikk, stimulere til økt aktivitet og mobilisere flere aktører. Stortingsmeldingen ga føringer om at fylkeskommunen skulle være midtpunkt og koordinator for partnerskapsarbeidet.

Partnerskap for folkehelse handler om tverrfaglig, sektorovergripende og forpliktende samarbeid på regionalt og kommunalt nivå. Et partnerskap for folkehelse kan forstås som en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål.

Da partnerskap som arbeidsform ble lansert ble avtaler mellom; a) fylkeskommunen og andre aktører på fylkesnivå, b) fylkeskommunen og kommunene, og c) kommunen og andre aktører lokalt, sett på som aktuelle.

1.1.2010 trådte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet i kraft, 1.1.2012 trer lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) i kraft. Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet videreføres i hovedsak i den nye loven. En av hovedintensjonene med loven fra 2010 var å sikre en mer stabil forankring av folkehelsearbeidet i fylket ved at pådriver- og samordningsfunksjonen gikk fra å være en frivillig til en lovpålagt oppgave. En annen viktig hensikt var å fremme folkehelse innen fylkeskommunens ordinære oppgaver. Gjennom loven ble også fylkeskommunens oppgave med å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene formalisert.

Med lovforankring av fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet er stimuleringsmidler til partnerskap overført til fylkeskommunenenes rammetilskudd. Helsedirektoratet forvaltet tidligere disse midlene. Direktoratets oppgaver med partnerskap er dermed endret. Direktoratets oppgave er nå - som del av fagrollen - først og fremst å følge med på og formidle kunnskap om partnerskap som arbeidsform i folkehelsearbeidet, som regionalt og lokalt nivå kan benytte i vurderinger av eget partnerskapsarbeid.

Ut fra bl.a. ny folkehelselovgivning mener Helsedirektoratet det er sentralt å belyse partnerskap som arbeidsform. Loven angir partnerskap som én av flere mulige arbeidsformer for folkehelsearbeidet i fylket, som krever tverrsektoriell og nivåovergripende innsats. I lys av ny folkehelselovgivning, og med tanke på videreutvikling av folkehelsearbeidet, er det Helsedirektoratets oppfatning at det bør reflekteres rundt muligheter og eventuelle begrensninger i partnerskapsmodellen.

1.2 Formål med rapporten og målgrupper

Hovedformålet med denne rapporten er å stimulere til refleksjon og diskusjon om partnerskapsarbeidet fremover, som ledd i videreutviklingen av det regionale og lokale tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Helsedirektoratet ønsker å bidra med kunnskap fra sitt ståsted, særlig med utgangspunkt i ny folkehelselovgivning.

Fylkeskommunene har nylig utarbeidet en oversikt over hvordan folkehelsearbeidet er organisert, herunder bruk av partnerskap som arbeidsform. Oversikten gir nyttig informasjon om tendenser i partnerskapsatsingen og er funnet egnet som del av grunnlaget for betraktningene i denne rapporten. Oversikten følger som vedlegg.

Formålet med rapporten kan presiseres slik:

- Å stimulere til refleksjon og diskusjon om bruk av partnerskap som arbeidsform fremover, som kan bidra til å videreutvikle det regionale og lokale folkehelsearbeidet og oppfølging av ny folkehelselovgivning.
- Å formidle status for fylkeskommunenes organisering av folkehelsearbeidet, herunder partnerskapsatsingen.
- Å øke kunnskapsnivået om partnerskap for folkehelse som arbeidsform i regionalt tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Det er tenkt flere målgrupper for rapporten. Generelt er det ønskelig å gjøre ulike sider ved partnerskap som arbeidsform i tverrsektorielt folkehelsearbeid bedre kjent, både på sentralt nivå og blant regionale og lokale aktører i folkehelsearbeidet. Spesielt er det et ønske at fylkeskommunene, som har et særlig ansvar for å være pådriver for og å samordne folkehelsearbeidet i fylket, finner rapporten nyttig som diskusjonsgrunnlag.

1.3 Avgrensninger

Det er først og fremst de tverrsektorielle, nivåovergripende folkehelsepartnerskapene forankret på fylkesnivå som har oppmerksomhet i denne rapporten. Jf. avtaletype a), og i noen grad b), nevnt i pkt. 1.1. Videre er det partnerskap som arbeidsform som vektlegges, mer enn selve innholdet i partnerskapene.

Det empiriske grunnlaget som benyttes i rapporten (oversikten over fylkeskommunenes organisering av folkehelsearbeidet) omfatter kun fylkeskommunalt nivå. Det er ikke innhentet informasjon om kommunenes erfaringer med partnerskap som arbeidsform, ei heller fra andre aktører.

1.4 Bruk av litteratur

Det er benyttet ulik type litteratur i arbeidet med rapporten. Litteraturen spenner bredt, fra generelt stoff om partnerskap som samarbeidsform, via tidligere rapporter og regjeringsdokumenter som omtaler partnerskap for folkehelse i Norge, til vitenskapelige artikler som analyserer partnerskap som modell eller konsept.

Litteratur som ikke var kjent fra tidligere er fremskaffet gjennom enkle søk eller ved bruk av litteraturlister.

2 Folkehelsearbeid - kjennetegn

I dette kapittelet gis det en kort omtale av folkehelsearbeid. Hensikten er å etablere en ramme for den videre behandlingen av partnerskap for folkehelse som arbeidsform.

2.1 Kjennetegn ved helsefremmende og forebyggende arbeid

Folkehelsearbeid kan defineres som: *Samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, og som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen* (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Folkehelsearbeid inndeles gjerne i helsefremmende og sykdomsforebyggende aktivitet. Helsefremming kan forstås som arbeidet med å skape et godt grunnlag for befolkningens helse, mens sykdomsforebygging innebærer å opprettholde befolkningens helse ved å forhindre at sykdom oppstår. I det praktiske folkehelsearbeidet vil innsats langs de to aksene gjerne utfylle hverandre, men også være overlappende (Helsedirektoratet 2010).

Noen av kjennetegnene ved folkehelsearbeid er at det er en samfunnsoppgave, at det er befolkningsrettet, og at det utøves gjennom påvirkning av faktorer som har (positive eller negative) effekter på helse.

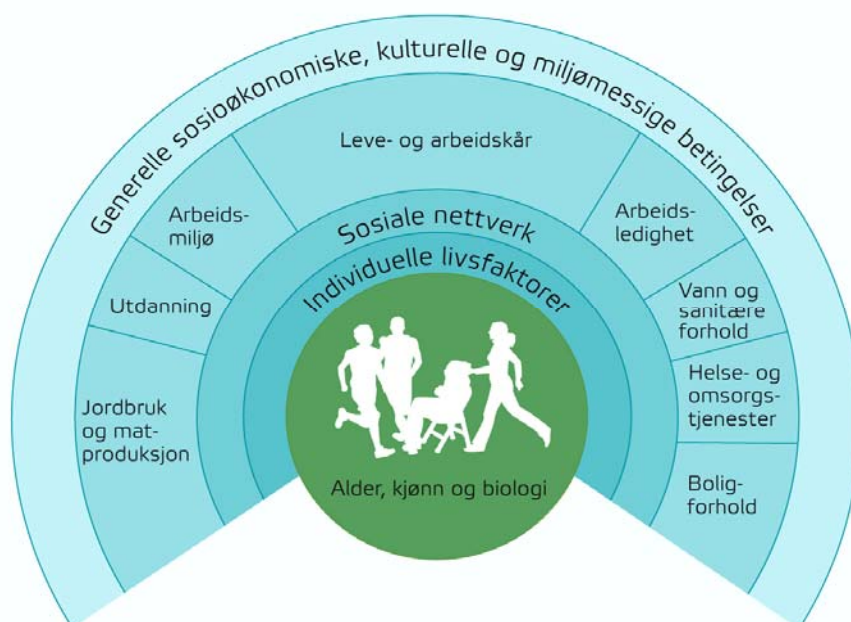
Helse skapes ikke først og fremst i helsesektoren, men på en rekke arenaer og livsområder som på ulike måter har betydning for folks helse. Videre vedlikeholdes helsen i lokalsamfunn og kommuner. Folkehelsearbeid og utvikling av trygge og gode lokalsamfunn kan derfor betraktes som to sider av samme sak. Det er også en nær sammenheng mellom økonomisk og sosial utvikling og helse (Helsedirektoratet 2010).

2.2 Tiltak i alle sektorer

Ottawa-charteret er sentralt i utviklingen av folkehelsepolitikken. Charteret ble signert av en rekke land under en konferanse i regi av Verdens Helseorganisasjon (WHO) i Canada i 1986. Gjennom Ottawa-charteret ble et bredt samfunnsperspektiv på helse og fordeling av helse anlagt. Et hovedbudskap i charteret er behovet for å integrere helsehensyn i alle politikkområder ("Health in All Policies").

Det er nå bred støtte for at folkehelsepolitikken skal ta utgangspunkt i grunnleggende faktorer som påvirker helsen. Dahlgren og Whiteheads modell fra 1991 (under) trekker opp en lang rekke forhold av betydning for helse, som dekker alt fra individuelle faktorer som kjønn, alder og genetikk til mer generelle sosiale og miljømessige forhold som utdanning, arbeidsmiljø og boforhold.

Et effektivt folkehelsearbeid må utøves i alle samfunnssektorer og i felles innsats på tvers av sektorer og forvaltningsnivåer. Det helsefremmende og forebyggende arbeidet krever mobilisering av ulike samfunnsaktører for å skape gode oppvekst- og levekår, og for å utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner. Ulike sektorer har kontroll over ulike virkemidler av betydning for helse (Helsedirektoratet 2010).



Kilde: Dahlgren og Whitehead 1991.

Andre sektorer enn helsesektoren kan yte selvstendige bidrag til befolkningens helse. Dersom samferdselssektoren legger til rette for gang- og sykkelveger vil dette kunne ha betydning for fysisk aktivitet i befolkningen. Videre kan skolesektorens bidrag til å redusere frafall fra videregående skole, ha positive konsekvenser for den enkelte og for folkehelsen. Det kan være en direkte vei mellom utdanning og bedre helse; større kunnskap om helse kan hjelpe folk til å unngå helsefarer, bl.a. risikopreget atferd. Indirekte kan forholdet mellom utdanning og helse gå via påvirkning fra arbeidstilknytningen og inntektsgrunnlaget opplæring og utdanning gir økt mulighet for (Helsedirektoratet 2010).

Helsesektoren - både lokalt, på fylkesnivå, og nasjonalt - har en viktig pådriverrolle overfor andre sektorer. Pådriverrollen består bl.a. i å bevisstgjøre andre sektorer som har virkemidler til å påvirke utvikling av folkehelsen. Videre har altså fylkeskommunen, som regional utviklingsaktør, blitt utfordret til å være pådriver og koordinator for folkehelsearbeidet i fylket. Prinsippet om "Helse i alt vi gjør", jf. ny folkehelselov, innebærer at folkehelse skal etableres som et hensyn på tvers av sektorgrenser.

2.3 Folkehelseansvar på regionalt og lokalt nivå

Kommunen, fylkeskommunen og statlige myndigheter er alle viktige aktører i arbeidet med å fremme folkehelse og for å utjevne sosiale helseforskjeller. Et viktig

grep i den nye folkehelseloven er å samle folkehelsereguleringen til én lov som regulerer kommuners og fylkeskommuners oppgaver og ansvar, og som i tillegg pålegger statlige helsemyndigheter å støtte opp under kommunesektorens folkehelsearbeid.

Kommunen har en helt sentral rolle i folkehelsearbeidet – som planmyndighet og samfunnsutvikler og som tjenesteyter innen bl.a. barnehage, skole – og gjennom å ivareta kommunale helse- og omsorgstjenester som helsestasjons- og skolehelsetjeneste mv. I den nye lovgivningen er ansvaret for folkehelsen lagt til kommunen som sådan, ikke bare til helsetjenesten. Kommunen må bruke alle sine virkemidler for å ivareta og fremme helse. Dette innebærer at tiltak kan iverksettes i de sektorene og med de virkemidlene som er mest effektive.

Fylkeskommunen har gjennom folkehelseloven, som trådte i kraft 1. januar 2010 og som i hovedsak videreføres i den nye loven, fått i oppgave å fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler den er tillagt. Dette skal bl.a. skje gjennom regional utvikling. Videre skal fylkeskommunen understøtte folkehelsearbeidet i kommunen samt å være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket. Ved forankring på tvers av sektorgrenser dannes grunnlag for helhetlige, sammensatte strategier (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

2.4 Systematikk i folkehelsearbeidet

Det finnes en rekke virkemidler og tiltak i folkehelsearbeidet. Valg av tiltak skal ta utgangspunkt i helseutfordringene man står overfor. Med ny folkehelselov etableres et nytt fundament for å styrke et systematisk folkehelsearbeid i politikk- og samfunnsutvikling og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Oversikt over helseutfordringene skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak forankret i plansystemet etter plan- og bygningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).



Å få mange til å samarbeide kan betraktes som en av systematikken i folkehelsearbeidet. Organisering av folkehelsearbeidet handler blant annet om å tilrettelegge for medvirkning fra aktuelle sektorer/enheter/avdelinger. Det er sentralt å bygge bro mellom, og å skape forståelse for betydningen av at ulike fagområder og sektorer medvirker i folkehelsearbeidet, jf. prinsippet om "helse i alt vi gjør".

3 Hva er partnerskap for folkehelse?

Hensikten med dette kapittelet er å gi en kort omtale av partnerskap som arbeidsform. Det formidles en definisjon av partnerskap for folkehelse og det gjøres en enkel sammenligning med det som gjerne oppfattes om tilgrensende arbeidsformer.

3.1 Definisjon av partnerskap for folkehelse

I denne rapporten benyttes følgende definisjon av partnerskap for folkehelse: *"Et partnerskap er en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål"*. (Fra forslaget til ny folkehelselov, Prop. 90 L (2010-2011), Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Partnerskap er en måte å organisere samarbeid på. Partnerskapsmodellen refererer til en form for samarbeid mellom ulike aktører, som gjerne befinner seg på tvers av tradisjonelle skillelinjer (som ulike sektorer), men som opplever felles utfordringer. Samarbeid er nødvendig fordi oppgaven/utfordringen ikke kan løses av en part alene. Forskjellige ressurser - erfaringer, kompetanse og virkemidler - støtter opp om hverandre og skaper synergi. Folkehelsepartnerskap kan bidra til styrket innsats på folkehelseområdet, til helhetlige løsninger og forankring i sektorer som har virkemidler til å påvirke forhold som har betydning for helse. Samarbeidet formaliseres gjennom en avtale, som forplikter aktørene til å bidra til oppgaveløsning. Likeverdighet mellom partene er et sentralt aspekt. Som grunnlag for samarbeidet gjelder at partene enes om strategier og tiltak, samtidig som egen verdiplattform ivaretas. Samarbeidet har gjerne en viss varighet for å sikre langsiktighet og iverksetting og oppfølging av tiltak (Amdam og Bergem 2008, Svensson og Nilsson 2008, Andersen og Røyseland 2008).

3.2 Perspektiver på partnerskap som arbeidsform

Partnerskap er et begrep/en modell som forstås og brukes på forskjellige måter. Partnerskapsmodellen er ikke utviklet spesielt med tanke på folkehelsearbeid. Partnerskap som arbeidsform benyttes innenfor flere sektorer og områder.

I et samfunnsutviklingsperspektiv kan partnerskapsbegrepet knyttes an til governance. Governance kan forstås som en (nyere) type styringsform kjennetegnet av mindre innslag av hierarki og mer innslag av nettverk (Andersen og Røyseland 2008). Governance blir brukt om multiaktørsystem med deltakelse fra ulike styringsnivå og fra ulike sektorer. I en governance-struktur er nettverk/partnerskap av mange aktører sentralt i samfunnsutviklingsarbeidet. Aktørenes aktiviteter reguleres gjennom avtaler eller kontrakter. Governance skilles fra government, der sistnevnte refererer til tradisjonell hierarkisk styring gjennom offentlige institusjoner. I en governance-struktur må legitimitet bygges opp gjennom kommunikative opplegg,

mens legitimitet i en government-struktur er nedfelt i et hierarki og gjennom lover og vedtak (Amdam og Bergem 2008).

Ut fra en organisasjonskontekst kan partnerskapsarbeid forstås som organisasjonsutviklingsarbeid, der partnerskapet benyttes som en måte å møte utfordringer knyttet eksempelvis til kommunikasjonslinjer og beslutninger. Partnerskap brukes også om internt tverrfaglig samarbeid i en organisasjon (Ouff SM, Bergem R et al 2010).

Det kan skilles mellom strategiske partnerskap og prosjektpartnerskap. Et *strategisk partnerskap* har oppmerksomhet mot koordinering av aktiviteter mellom ulike aktører og har en planlagt og langsiktig strategi. *Prosjektpartnerskap* er mer tidsavgrensede ordninger og avtaler knyttet til prosjekt, etablert ut fra felles forståelse og interesser innenfor særlige innsatsområder mv. (Amdam og Bergem 2008).

Selv om partnerskap gjerne beskrives med mange av de samme kjennetegnene eksisterer det flere former for partnerskap. Partnerskap forbindes både med stramme, formelle avtaler eller kontrakter mellom partene, og med en strukturert, men ikke en strengt forpliktende samarbeidsform. Bruk av partnerskap som arbeidsform kan være svært forskjellig fra en sammenheng til en annen. Dette gjenspeiles bl.a. i mangfoldet av litteratur på området.

Både offentlig og privat sektor introduseres stadig for nye ideer om hvordan arbeidet kan organiseres og drives. Konsepter spres raskt og uttrykkes gjerne som løsninger som passer for "alle" (Røvik 2007). Partnerskap kan betraktes som et slikt konsept. Utfordringen ved å ta i bruk og oppnå effekt av nye konsepter, er at de må læres, vurderes og tilpasses til konteksten de skal brukes innenfor.

3.3 Tilgrensende arbeidsformer

Begrepet partnerskap dukker gjerne opp sammen med begreper som; nettverk, allianser, fellesprosjekt osv. Gitt forståelsen av partnerskap som en måte å organisere samarbeid på; hva er så partnerskap sammenlignet med slike samarbeidsformer?



Pilens retning indikerer økende grad av forpliktelse og samordning

Nettverksmodellen anvendes kanskje først og fremst ved behov for å utveksle erfaringer innen et område. Et nettverk definerer ikke nødvendigvis et felles mål og aktørenes forpliktelser kan være relativt svake. Prosjekter kjennetegnes gjerne av at det er satt klare mål for arbeidet, og aktørenes ansvarsfølelse for oppgaven er høy. Prosjekter karakteriseres imidlertid videre av at de er tidsavgrensede og har oppmerksomhet på kortsiktige resultater.

Det som særlig skiller partnerskap fra de andre samarbeidsformene, er forpliktelsen

som i sterkere grad ligger til grunn, gjennom avtaleinngåelse, og likeverdigheten og langsiktigheten som skal prege arbeidet.

Valg av partnerskap som arbeidsform kan være en måte å møte begrensningene ved andre former for organisering av samarbeid - når oppgaveløsning krever kobling av ressurser fra ulike områder eller sektorer.

3.4 Betingelser for godt partnerskapsarbeid

Partnerskap som arbeidsform er beskrevet på følgende måte:

I et godt partnerskap er partene likeverdige, selv om de er forskjellige og ikke nødvendigvis bidrar med like mye inn i arbeidet. Det er etablert gjensidig tillit, og partene kommuniserer regelmessig. Man jobber med et felles prosjekt, samtidig som det er rom for at partene har sine egne mål for samarbeidet (Axelsson og Axelsson 2007).

Bruk av partnerskap som arbeidsform kan gi resultater man ellers ikke ville oppnådd. Partnerskap kan imidlertid betraktes som en kompleks arbeidsform. For å lykkes med partnerskapsarbeid må ulike betingelser være tilstede. Dette tas nærmere opp i rapportens kapittel 6.

4 Partnerskap for folkehelse i Norge

Dette kapitlet omhandler innføring av partnerskap som arbeidsform i norsk folkehelsearbeid. Historikken er ment som bakgrunn for det bildet som tegnes av partnerskapsarbeidet i dag, samt utfordringer fremover, og som tas opp videre i rapporten. En oversikt over historikken kan også ha interesse i seg selv.

4.1 Bakgrunnen for å introdusere partnerskap som arbeidsform

4.1.1 Erfaringer fra det statlige programmet *Samlet plan*

Samlet plan for utviklingsprosjekter innen det helsefremmende og forebyggende arbeidet var et omfattende statlig program der siktemålet var å stimulere til økt satsing på helsefremmende og forebyggende arbeid. Programmet foregikk fra 1989 til 1994. På regionalt nivå var programmet forankret hos fylkeslegene. Gjennom *Samlet plan* ble det gitt tilskudd til kommunale prosjekter. Helsetjenesten hadde det administrative ansvaret.

I *Samlet plan* ble det fokusert på helsetjenestens rolle i det helsefremmende og forebyggende arbeidet. Tverrsektorielt samarbeid ble viet oppmerksomhet, med helsetjenesten som initiativtaker. Helsetjenesten skulle fungere som pådriver overfor andre sektorer.

Staten bevilget midler til kommunale prosjekter for å prøve ut organisasjonsmodeller og tiltak over en tidsperiode. Hensikten var at kommunene skulle videreføre prosjektet og integrere dem i kommunale budsjetter etter at forsøksperioden var over.

Evalueringer fra de nasjonale folkehelsesatsingene viste imidlertid at satsinger forankret i et lokalt helsetjenestesystem lett kunne bli frikoblet fra det øvrige kommunale systemet, og dermed liggende på siden av ordinær virksomhet. Helsetjenesten utformet mål og tiltak, men disse ble i liten grad fulgt opp av andre sektorer. Sektorene som "eide" virkemidlene, "eide" ikke problemene. Evalueringene gav en erkjennelse av at man i Norge ikke hadde lykkes med å oppnå et langsiktig og systematisk folkehelsearbeid i landets kommuner. Tiltakene som satsingen finansierte manglet forankring i ordinær virksomhet og forble prosjekter på utsiden av øvrig virksomhet (Helsedirektoratet 2010).

4.1.2 Erfaringer fra utviklingsarbeid

På bakgrunn av erfaringene fra *Samlet plan* ble det ansett som nødvendig å løfte folkehelseutfordringene inn på lokalpolitikernes bord, i de ordinære plan- og beslutningsprosessene. Den videre retningen for folkehelsearbeidet ble blant annet trukket opp i NOU 1998:18 Det er bruk for alle. Her fremhevet Ellingsenutvalget:

"...viktigheten av at folkehelsearbeidet må forankres lokalt, i lokalsamfunnet der folk bor og virker. Folkehelsearbeidet er først og fremst en politikerjobb. Folkehelsearbeid er ikke primært en sak for helsesektoren. Skal vi lykkes, krever det samspill mellom mange aktører, borgerne selv, offentlige sektorer, frivillige organisasjoner. Med felles innsats og pågangsmot går det an å gjøre det som synes umulig, mulig".

I NOU'en ble det dokumentert en rekke eksempler på mulighetene som ligger i det lokale folkehelsearbeidet. Samtidig ble det understreket at hvis folkehelsearbeidet skal gi resultater, må det være forankret lokalt og preges av langsiktighet og systematikk. Dette ble bl.a. begrunnet ut fra at folkehelsearbeidet gjelder hele befolkningen og at det fordrer innsats fra flertallet av samfunnssektorene og mange aktører, profesjoner og yrkesgrupper. Det ligger i folkehelsearbeidets natur at det er sektorovergripende og krever tverrfaglig og tverretattlig innsats.

4.1.3 Strømninger fra WHO

WHO har gitt oppmerksomhet til bruk av partnerskap som arbeidsform i det helsefremmende arbeidet, noe som har preget linjene i den norske folkehelsepolitikken. Partnerskap mellom aktører fra ulike samfunnssektorer er av WHO fremhevet som naturlig og nyttig i helsefremmende arbeid. Helseutfordringene kan ikke møtes ved at sektorene jobber atskilt. Synergien som oppstår gjennom samarbeid er nødvendig for å oppnå ønskede resultater.

WHOs interesse for tverrsektorielt samarbeid for å fremme helse kan trekkes tilbake til "Health for All-bevegelsen" og oppslutningen om denne på Alma Ata-konferansen i 1978. Senere ble partnerskap for folkehelse viet oppmerksomhet blant annet gjennom konferansene i Ottawa i 1986, Jakarta i 1997 og Bangkok i 2005 (Jones & Barry 2011).

Oppmerksomheten mot tverrsektorielt samarbeid om folkehelse er fulgt opp innad i WHO. På "The Sixty-third World Health Assembly" i mai 2010 definerte WHO ti kriterier for sitt eget bidrag i partnerskapsarbeid på internasjonalt nivå (WHOs dokument WHA63.10.).

Kriteriene skal benyttes til å vurdere fremtidige, men også eksisterende partnerskap. Kriteriene er forsøkt oversatt¹:

1. Partnerskap skal styrke folkehelsearbeidet og gi en tilleggsgevinst.
2. Partnerskap skal ha et klart og definert mål, forankret i WHOs satsingsområder.
3. Partnerskap styres av WHOs faglige retningslinjer.
4. Partnerskap skal støtte nasjonale utviklingsmål.
5. Partnerskap skal sikre hensiktsmessig og forsvarlig deltakelse fra partnere.
6. Det skal være en klar rollefordeling mellom de ulike aktørene i partnerskapet.

¹ De ti kriteriene er: 1)The partnership demonstrates a clear added value for public health. 2)The partnership has a clear goal that concerns a priority area of work for WHO. 3)Partnerships are guided by the technical norms and standards established by WHO. 4)The partnership supports national development objectives. 5)The partnership ensures appropriate and adequate participation of stakeholders. 6)The roles of partners are clear. 7)Transaction costs related to a partnership must be evaluated, along with the potential benefits and risks. 8)Pursuit of the public-health goal takes precedence over the special interests of participants. 9)The structure of the partnership corresponds to the proposed functions. 10)The partnership has an independent external evaluation and/or self-monitoring mechanism.

7. Kostnadene ved partnerskapet må evalueres, det samme gjelder mulige fordeler og risikoer.
8. Målene om bedre folkehelse skal ha prioritet, foran aktørenes egne interesser.
9. Oppbyggingen av partnerskapet skal tilpasses den tiltenkte funksjonen.
10. Partnerskap skal gjennomgå ekstern evaluering og/eller være gjenstand for internkontroll.

4.2 Lansering av partnerskap for folkehelse

Med utgangspunkt i erfaringene fra utprøvningsarbeidet la den norske folkehelsepolitikken til grunn et kommuneperspektiv på kommunalt folkehelsearbeid. Fremfor å rette innsatsen mot helsetjenesten som sektor ble det lagt vekt på å klargjøre kommunens totale og helhetlige politiske ansvar for folkehelsearbeidet.

Gjennom St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge (Folkehelsemeldingen) ønsket regjeringen å legge føringer for folkehelsearbeidet, slik at det kunne gå fra å være noe ekstraordinært og tilfeldig til å ha forankring i de politiske og administrative prosessene. Folkehelsearbeidet skulle bevege seg fra det prosjektbaserte til det integrerte. Partnerskap for folkehelse ble lansert som en arbeidsform for det regionale og lokale folkehelsearbeidet.

Regjeringen ønsket å stimulere til en offentlig folkehelsekjede, som også skulle være et utgangspunkt for å etablere et systematisk samarbeid med frivillige organisasjoner, utdanningsinstitusjoner og andre instanser. Det ble understreket at regionale partnerskap kan favne om alle temaer i folkehelsearbeidet, videre ble det presisert at nødvendige støttefunksjoner må være på plass.

Arbeidsformen ble introdusert som et verktøy for å:

- Mobilisere sentrale aktører som er viktige i folkehelsearbeidet.
 - Bruke nye arbeidsmåter for å organisere samarbeidet mellom disse, og som ivaretar det tverrsektorielle perspektivet.
 - Bedre infrastrukturen i folkehelsearbeidet.
 - Utvikle strategier i folkehelsearbeidet.
 - Sikre politisk forpliktelse og forankring i planverk.
- (Helsedepartementet 2003).

Arbeidsformen ble fremhevet som effektiv og bærekraftig særlig fordi det legges vekt på samordning av flere sektors innsats.

Gjennom Folkehelsemeldingen (Helsedepartementet 2003) ønsket regjeringen også å stimulere kommunesektoren til partnerskap. Dette var for å understreke at folkehelsearbeid er noe som bør inngå i de lokale demokratiske prosessene. Videre skulle partnerskapet stimulere til økt ressursinnsats i folkehelsearbeidet i kommunene ved at midler ble stilt til rådighet, mot en forpliktelse om å sette av ressurser (stillingsandel) til folkehelsearbeid.

Tre typer avtaler ble sett på som aktuelle; a) mellom fylkeskommunen og andre aktører på fylkesnivå, b) mellom fylkeskommunen og kommunene, og c) mellom kommunen og andre aktører lokalt.

4.3 Fylkeskommunens rolle i partnerskapsarbeidet

St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge ga klare føringer om at fylkeskommunen skulle være koordinator og midtpunkt for partnerskapsarbeidet. Utfordringen som ble gitt skulle i første rekke gjelde det brede folkehelsearbeidet som krever tverrsektoriell og nivåovergripende innsats, og der det er rom for regionalpolitisk skjønn og behov for regionale og lokale tilpasninger.

Forpliktende samarbeid - partnerskap - mellom regionale statsetater, herunder regionale helseforetak, høgskoler/universiteter, frivillige organisasjoner og privat sektor skulle bidra til å nå målet om å styrke folkehelsearbeidet.

Fylkeskommunen ble vurdert som sentral gjennom sin posisjon innen regional planlegging og som regional utvikler. Dette engasjementet knyttet til ansvar for samfunnsplanlegging og samfunnsutvikling, noe som gir en helhetlig inngang til folkehelsearbeid. Fylkeskommunen ble også vurdert som sentral ut fra bistands- og rettledningsplikten overfor kommunene når det gjelder kommuneplanarbeidet. Fylkesplanen ble ansett som naturlig utgangspunkt for å opprette forpliktende samarbeidsavtaler på tvers av nivåer og sektorer.

4.4 Forpliktelser fra statens side - stimuleringsmidler

St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge skisserte følgende forpliktelser fra statens side:

"...For det første vil det bli stilt til rådighet stimuleringsmidler som motsvar til lokale ressursinnsatser, for det andre vil den lokale formidlingen av midler knyttet til tematiske, nasjonale satsinger (for eksempel gjennom Nasjonal Kreftplan) utløses gjennom det regionale partnerskapet. For det tredje vil regionalt folkehelsearbeid bli tilgodesett når det gjelder faglig støtte og rådgivning fra sentralt hold."

I 2004 ble det etablert en tilskuddsordning for å stimulere til et sektorovergripende folkehelsearbeid, basert på partnerskap regionalt og lokalt. Ordningen ble opprettholdt frem til og med 2009. Fra 2007 har alle landets fylkeskommuner mottatt statlige stimuleringsmidler. Som følge av at Lov 19. juni 2009 om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet trådte i kraft 1. januar 2010 er midler til partnerskap fra og med samme år overført til fylkeskommunenes rammetilskudd, og videreført i 2011.

Følgende generelle føringer har vært lagt til grunn for bruken av midlene i utviklingen av det regionale og lokale folkehelsearbeidet:

Forankre fylkeskommunens folkehelsearbeid politisk. Fylkeskommunens innsats i folkehelsearbeidet forankres i fylkesplanen og behandles i fylkestinget.

Kanaliserer midler ut til kommunene. Midlene kanaliseres i størst mulig grad ut til kommunene. Videre avsettes det ressurser til koordinering av folkehelsearbeidet i fylket.

Inngå partnerskap med kommuner, frivillige organisasjoner og andre aktører. Opprette forpliktende samarbeidsavtaler – eller partnerskap – for å bygge opp en

infrastruktur som ikke er direkte koblet til helsetjenesten, men som er ment å sikre en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming i folkehelsearbeidet hvor også helsetjenesten deltar.

Forventningene er gjennom årlige brev fra Helsedirektoratet til landets fylkeskommuner presisert (eksempelvis i brev av 12.2.2007):

- a) Det lokale folkehelsearbeidet bør ta utgangspunkt i helsesituasjonen lokalt og i lokale målsetninger for folkehelsearbeidet. Direktoratet vil generelt peke på betydningen av kunnskapsbaserte strategier og tiltak med dokumentert effekt.
- b) For å oppnå et langsiktig og helhetlig folkehelsearbeid er det viktig at det lokale og regionale arbeidet er godt forankret i politiske organer og i planer. Det forutsettes forpliktende politiske vedtak i fylkesting og kommunestyre, og en forankring av folkehelsearbeidet i fylkesplan og kommuneplan. Arbeidet forutsettes videre innarbeidet i kommunale handlingsprogrammer og årlige økonomiplaner. Utprøvningsprosjektet Helse i plan vil kunne gi viktig kunnskap om hvordan dette forankringsarbeidet kan gjennomføres.
- c) De statlige stimuleringsmidlene er ment å stimulere det lokale arbeidet. Det forutsettes at fylker og kommuner også bidrar med ressurser inn i det lokale folkehelsearbeidet. Det forutsettes at fylkeskommunene stiller med minst tilsvarende beløp som tildeles fra Sosial- og helsedirektoratet. Tilsvarende forventes det at kommunene stiller med minst tilsvarende beløp som det de tildeles fra de regionale partnerskapene.
- d) Det gis i utgangspunktet ikke føringer på bruken av midlene, men at midlene i all hovedsak nyttes i kommunene.
- e) Etablering og drift av regionale og lokale partnerskap for folkehelse er viktig for å oppnå en tverrfaglig og sektorovergripende tilnærming. Arbeidet forutsetter allianser med et bredt spekter av aktører, med et samarbeid basert på gjensidig forpliktende avtaler. Det er dessuten viktig at frivillige organisasjoner gis en rolle både regionalt og lokalt.

4.5 Momenter fra evaluering av partnerskap for folkehelse

På oppdrag fra Helsedirektoratet ble det i perioden 2007-2010 foretatt en følgeevaluering av de tre folkehelse tiltakene partnerskap for folkehelse, helse i plan og kommunehelseprofiler. Det er utarbeidet en rapport med oversikt over resultatene fra evalueringene (Ouff SM, Bergem R et al 2010).

Tiltakene er til dels sett i sammenheng. Under er resultater fra evalueringen av partnerskap for folkehelse forsøkt å gi en særskilt omtale. Folkehelsekoordinatorer på fylkes- og kommunenivå er intervjuet om hvilke effekter de har opplevd at arbeidet med partnerskap for folkehelse har hatt, og utfordringer de opplever å stå overfor.

Fra fylkeskommunalt nivå ble det påpekt at fylkeskommunens rolle som støttespiller overfor kommunene, og som regional utviklingsaktør, er styrket. Videre at fylkeskommunene har hevet sin kompetanse gjennom arbeidet, og at dette i sin tur

har kommet kommunene til gode.

Flere meldte om godt samarbeid på tvers av forvaltningsnivåene. I første rekke gjaldt dette samarbeidet mellom kommuner og fylkeskommuner. Samarbeidet mellom offentlig og frivillig sektor er også bedret. Begge parter har sett fordelene ved gjensidig forpliktende samarbeid. Samarbeidet har medvirket til flere lavterskeltilbud, og til at grupper som ofte ikke deltar i annen organisert aktivitet, nås gjennom folkehelsearbeidet.

Utfordringer fremover angis å være å holde trykket oppe, videreutvikle partnerskapene og beholde det langsiktige perspektivet. Det påpekes at statlige institusjoner som NAV, helseforetak og utdanningsinstitusjoner på høyskolenivå i for liten grad er representert i partnerskapene. Dette er aktører som kan tilby og tilrettelegge for konkrete tiltak lokalt og som har kompetanse på langsiktig og strategisk arbeid.

Det ble bemerket at det vil være behov for jevnlig diskusjoner om samarbeidet med frivillig sektor. Frivillig sektor har en egenart og en autonomi som bør ivaretas. At innsatsen nettopp er frivillig kan stå i kontrast til det offentliges ønske om forpliktende samarbeid om viktige samfunnsoppgaver.

4.6 Ny folkehelselovgivning

1.1.2010 trådte lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet i kraft. Med loven gikk fylkeskommunens pådriver- og samordningsoppgaven fra å være en frivillig til en lovpålagt oppgave. Loven kan ses på som en oppfølging og videreføring av bl.a. folkehelsepolitikken som ble tydeliggjort gjennom St.meld. nr. 16 (2002–2003) Resept for et sunnere Norge samt St.meld. nr. 19 (2001-2002) Nye oppgaver for lokaldemokratiet og senere St. meld. nr. 12 (2006-2007) Regionale fortrinn – regionale framtid og St.meld. nr. 25 (2008-2009) Lokal vekstkraft og framtidstru. Om distrikts- og regionalpolitikken.

I forslaget til loven om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet (Ot.prp. nr. 73, 2008-2009), påpekes det at det er en svakhet at fylkeskommunene utfører viktige samordnings- og utviklingsoppgaver i regionalt og lokalt folkehelsearbeid på frivillig basis. Dette gjør folkehelsearbeidet sårbart. Denne sårbarheten er til hinder for langsiktighet i opptrappingen av innsats og engasjement, og kan hindre utvikling av kompetanse og samarbeidsrutiner i arbeidet for å fremme folkehelse (Helse- og omsorgsdepartementet 2009).

Lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet er i hovedsak videreført i folkehelseloven som trer i kraft 1.1.2012. Fylkeskommuners ansvar i folkehelsearbeidet kan fremsettes i følgende punkter:

- Fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler fylkeskommunen er tillagt.
- Understøtte folkehelsearbeidet i kommunene.
- Være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket.
- Ha nødvendig oversikt over helsetilstanden i fylket og de positive og negative faktorer som kan virke inn på denne.

Utfordringen som er gitt gjelder i første rekke det brede folkehelsearbeidet som krever tverrsektoriell og nivåovergripende innsats, og der det er rom for regionalpolitisk skjønn og behov for regionale og lokale tilpasninger. Fylkeskommunene har videre ansvar for tannhelsetjenester og forebyggende arbeid forankret i tannhelsetjenesteloven (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

I kraft av rollen som regional utviklingsaktør og med ansvar for fylkesplanlegging, skal fylkeskommunen satse på folkehelse i en regionalpolitisk kontekst og være pådriver for regionalt og lokalt folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

Folkehelse er både et sentralt mål for regional utvikling, men også en god indikator på i hvilken grad fylkeskommunen og kommunene lykkes i sin rolle som samfunnsutvikler. Regionalt utviklingsarbeid kan, ut fra et folkehelseperspektiv, dreie seg om å påvirke grunnleggende samfunnsområder som utdanning, arbeid/næring, samferdsel, bosetting/nærmiljø, kultur mv. En positiv utvikling av folkehelsen henger sammen med utvikling av samfunn og omgivelser (jf. formålet med ny folkehelselov, § 1).

I lys av rollen fylkeskommunen skal ta som pådriver for og samordner av folkehelsearbeidet i fylket, er det av betydning å opparbeide legitimitet i andre sektorer. Det er avgjørende at fylkeskommunen oppfattes som en nyttig samarbeidspartner for å lykkes i rollen som regional utviklingsaktør, herunder i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Det er betydningsfullt å få partene til å investere tid til samhandling. Legitimitet utvikles dels av rollen, oppgavene, kompetansen og øvrige ressurser fylkeskommunen har, dels av evnen til å gå inn i rollen som samordner eller leder av regionale partnerskap, og dels av evnen til å fremvise resultater i arbeidet.

5 Tendenser i regionalt partnerskapsarbeid 2010/2011

Fylkeskommunene har nylig utarbeidet en oversikt over hvordan folkehelsearbeidet er organisert i fylkene: "Oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet 2010-2011" (vedlagt). Oversikten inneholder omtale av hvordan folkehelsearbeidet er forankret og organisert, bl.a. partnerskapsatsningen, prioriterte oppgaver og økonomiske forhold per fylke. Oversikten står på egne ben og kan leses uavhengig av denne rapporten. Helsedirektoratet har imidlertid forsøkt å sammenstille deler av informasjonen og se mulige hovedtendenser. Omtalen av partnerskapsarbeidet er viet særlig oppmerksomhet.

5.1 Organisatorisk plassering og bruk av ressurser

Oversikten viser at folkehelsearbeidet har ulik organisatorisk plassering i fylkeskommunene. Eksempler er: Innen regionalavdelingen, utviklingsavdelingen, kultur (- og idretts)avdelingen, folkehelse (- og tannhelse)avdelingen og plan- og samfunnsavdelingen. Andre eksempler er fylkesdirektørens eller fylkesrådmannens stab.

Det er relativt store forskjeller i antall stillinger relatert til folkehelsearbeidet i fylkeskommunene. Antall stillinger variere fra to til oppunder ti årsverk, med varierende tillegg av ressurser i tilgrensende avdelinger/etater i fylkeskommunen.

Midler avsatt til folkehelsearbeid varierer også, fra rundt to millioner, til opp mot 20 millioner. Det er vanskelig å danne seg et godt samlet inntrykk av hvordan midlene benyttes da rapporteringen fra de ulike fylkene har ulikt detaljnivå.

5.2 Planforankring av folkehelsearbeidet

Oversikten viser at folkehelsearbeidet i stor grad er forankret i fylkesplaner, strategier, regionale utviklingsprogram og lignende. Innretningen på planene mv. er imidlertid relativt lite omtalt, det er heller ikke gjort noen nærmere kartlegging av dette fra Helsedirektoratets side.

5.3 Tematiske satsinger

Fylkeskommunen ivaretar en rekke oppgaver som er med å fremme folkehelsen; tannhelsetjeneste, videregående opplæring, miljø, kultur, idrett og friluftsliv, samferdsel mv. Folkehelse skal ivaretas og vektlegges i fylkeskommunens egen politikktutforming og i styring og drift av egen virksomhet.

I oversikten over fylkeskommunenes organisering av folkehelsearbeidet inngår det informasjon om oppgaver og/eller hovedsatsinger. En del områder går igjen, men

det er også noe variasjon fra fylke til fylke. Flere oppgir at de er involvert i oppgaver relatert til frisklivssatsing, fysisk aktivitet/friluftsliv, videregående skole, tannhelse og kultur og helse.

Videre nevnes oppgaver som oppfølging av samarbeidsavtaler, herunder partnerskapsavtaler, koordineringsoppgaver og drifting av nettverk, forvaltning av tilskuddsmidler, kompetansehevende tiltak overfor kommunene og videreutvikling/forankring av folkehelsearbeidet. Oppfølging av ny folkehelselovgivning er også nevnt av enkelte.

Noen fylkeskommuner har også bygget opp ressursgrupper på områder som tobakk, ernæring, fysisk aktivitet, rus og psykisk helse som støtte for kommunene. Status for ressursgruppene er ikke gjennomgående omtalt i oversikten.

Ut fra oversikten kan det synes som om livsstilsområdene har større oppmerksomhet i fylkeskommunenes folkehelsearbeid enn "brede" tema som oppvekst, arbeid og andre påvirkningsfaktorer på helse (levekår), samt øvrige oppgaver som kan høre inn under regionalt utviklingsarbeid.

5.4 Partnerskap

5.4.1 *Partnerskap internt i fylkeskommunen*

I oversikten fylkeskommunene har foretatt, skilles det mellom *internt partnerskap*, eller partnerskap innad i fylkeskommunen og *eksternt partnerskap*, dvs. regionalt partnerskap, med aktører utenfor fylkeskommunen.

Det interne partnerskapet kan betraktes som en måte å forankre folkehelsearbeidet innad i fylkeskommunen på. Dermed kan det legges til rette for at folkehelse ivaretas av ulike etater i fylkeskommunen, i de enheter som rår over viktige virkemidler i folkehelsearbeidet. Innspill til plansaker nevnes av enkelte som et tema for samarbeidet, og for møtene i de interne partnerskapene.

Eksempel fra Troms fylkeskommune:

I Troms fylkeskommune (som har parlamentarisme som styringsprinsipp) har fylkesrådet vedtatt en intern strategi for å fremme folkehelse i fylkeskommunen. Strategien legger vekt på interne rutiner for å fremme folkehelse innen de oppgaver som fylkeskommunen er tillagt, som en oppfølging til lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet. Hensikten er å forankre folkehelsearbeidet i alle etater, og å samordne innsatsen.

Det ser ut til å være variasjoner når det gjelder hva det interne partnerskapet omfatter, omfanget av det og i hvilken grad det er formalisert. Enkelte fylkeskommuner omtaler det interne partnerskapet som "folkehelseforum". Ut fra oversikten som foreligger gis det inntrykk av det generelt er en god bredde i forhold til hvem man samarbeider med internt, og at det pågår en utvikling når det gjelder å orientere seg mot andre enheter og avdelinger.

5.4.2 *Partnerskap med andre aktører*

Fylkeskommunene har i utstrakt grad etablert partnerskap med andre aktører. Dette henger bl.a. naturlig sammen med at Helsedirektoratet til og med 2010 har gitt årlige tilskudd øremerket partnerskapsarbeid. Oversikten over fylkeskommunenes organisering av folkehelsearbeidet gir imidlertid inntrykk av at partnerskapsinnsatsingen har utviklet seg ganske forskjellig i fylkene. Oversikten viser også at enkelte fylkeskommuner har avsluttet partnerskapsavtalene og vil foreta en nærmere vurdering av partnerskapsarbeidet, særlig i lys av ny folkehelselovgivning.

Oversikten gir ikke grunnlag for å si noe utfyllende om utgangspunktet for, eller hvilke satsinger som skjer gjennom, partnerskapene. Under følger et eksempel fra en fylkeskommune som har et politisk vedtatt program som basis.

Eksempel fra Telemark fylkeskommune:

Telemark fylkeskommune har benyttet Folkehelseprogrammets strateginotat, vedtatt i Fylkesutvalget, som grunnlag for å invitere aktører til å være med i partnerskapet på fylkesnivå.

Generelt kan det se ut til at etablering av partnerskap følger to hovedlinjer: a) Mobilisere andre regionale aktører til å ta del i folkehelsearbeidet/opprette en struktur som kan bistå fylkeskommunen i folkehelsearbeidet. b) sikre og støtte folkehelsearbeidet i kommunene.

Det ser ut til å være store variasjoner når det gjelder organisering av partnerskapene og tegning av avtaler. Noen fylkeskommuner har etablert en partnerskapsstruktur med flere aktører med én felles avtale. Andre har opprettet bilaterale avtaler. Videre ser det ut til at noen fylker har inngått avtale med få, andre med relativt mange aktører.

Eksempel fra Østfold fylkeskommune:

Østfoldhelsen er et partnerskap som skal oppfylle folkehelsemålsettingene i fylkesplanen for Østfold. Foruten Østfold fylkeskommune består partnerskapet av kommunene. Fylkesmannen i Østfold, Sykehuset Østfold, Høgskolen i Østfold, Østfold Idrettskrets, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Frivillighetssentralene i Østfold er også med i partnerskapet. Kommunene er selv ansvarlige for å gjennomføre folkehelsearbeidet. Et sekretariat fra fylkeskommunen koordinerer satsningen og bistår med rådgivning og gjennomføring av fellestiltak. Kommunene har forpliktet seg til å vektlegge folkehelsearbeidet i kommunale planer, og de må samtidig sette av ansatte til å arbeide med dette.

Eksempel fra Vestfold fylkeskommune:

Partnerskapsaktørene har, gjennom det faglige nettverket som er etablert, vært involvert i utarbeidelsen av kunnskapsgrunnlaget for regional plan for folkehelse. Det er bl.a. utarbeidet kunnskapsrapporter om sammenhengen mellom sosiale helseforskjeller og fysisk miljø, psykososialt miljø og levevaner. Kunnskapsrapportene danner utgangspunkt for strategier og tiltak i regional plan for folkehelse.

Eksempel fra Hordaland fylkeskommune:

I tillegg til kommunene består partnerskapet av Fylkesmannen, Helse-Bergen, Hordaland Idrettskrets, Bergen Turlag, Friluftsrådet Vest, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Bergen og Omland friluftsråd. Partnerskapskommunene fikk i 2011 kr 150 000 i stimuleringsmidler. Partnerskapet er definert gjennom partnerskapsavtalen. I avtalen forplikter kommunene seg til å: 1) Forankre partnerskapet politisk og administrativt og å fremme folkehelse i kommunen, 2) tilsette en folkehelsekoordinator i minimum 40 % stilling, 3) fastsette mål for det lokale folkehelsearbeidet og lage en årlig handlingsplan, 4) lage en oversikt over folkehelse tilbudene i kommunen og samordne arbeidet, 5) initiere partnerskapstema og bidra med egen kompetanse og kunnskap til alle i partnerskapet og 6) ivareta, utvikle og samordne gode kommunale tilbud, legge til rette for universell utforming og skape tilbud til brukere som en i dag ikke klarer å møte for utjevning av sosiale helseforskjeller. Fylkeskommunen forplikter seg til å: 1) Stille faglig kompetanse til rådvelde sammen med Fylkesmannen, som for øvrig har en følge-med-rolle, 2) oppfordre, skape og legge til rette for partnerskap, 3) spre informasjon og erfaringsutveksling, særlig gjennom www.hordaland.no/folkehelse og 4) gi årlig økonomisk tilskudd, forutsatt at kommunene yter tilsvarende innsats.

I Hordaland er det ingen formell styringsstruktur for partnerskapsarbeidet. Fylkeskommunen koordinerer aktivitetene i partnerskapet og utvikler og utvider deltakelse i partnerskapet. Partnerskapet fungerer i hovedsak som et nettverkssamarbeid, uten tidsavgrensning. Det er lagt opp til fire fellessamlinger pr år. I samlingene blir det arbeidet med aktuelle utfordringer og kompetanseløft etter ønske fra partnerskapet. I tillegg utarbeides det felles mål partnerskapet arbeider mot fra år til år. I forbindelse med pågående utvikling av regional plan for folkehelsearbeidet i Hordaland planlegges det en utredning av hvilken rolle partnerskapsarbeidet skal ha i det regionale folkehelsearbeidet, inkludert fokus på styringsstruktur og alternative samarbeidsmåter. Til nå har partnerskapet hatt oppmerksomhet på områder kommunene opplever som felles utfordringer, og der de øvrige aktørene i hovedsak bidrar med kompetanse og gjennomføring av tiltak.

Partnerne har arbeidet med ideer for innhold i partnerskapet samt forventninger til fylkeskommunen: 1. Forankring og rolleavklaring. Partnerne mener det er viktig å forankre arbeidet hos rådmannen eller i en planavdeling for å etablere eierskap i hele kommunen. Videre nevnes betydningen av å arbeide med rolleavklaring mellom kommunene og frivillige organisasjoners innsats i arbeidet. 2. Kunnskap og kompetanse. Det ønskes utvikling av informasjon til kommunene, for eksempel en kunnskapsbank med oversikt over forskningsbasert kunnskap og tiltak og en felles idébank med ferdige presentasjoner, bilder, videosnutter etc. som alle i partnerskapet kan benytte i egne presentasjoner. I tillegg ønskes det kompetanseheving og fokus på aktuelle temaer i nettverksmøtene for å øke felles kompetanse på feltet. 3. Spre budskapet. Partnerne er opptatt av å spre informasjon og kunnskap om folkehelsearbeidet. Fokus settes på økt bruk av internett, samarbeid med media og utvikling av politiske saker med suksesshistorier. Intern erfaringsutveksling, ved at partnerne får tilgang til, deler, og nytter seg av hverandres kunnskap. 4. Forventninger til fylkeskommunen. Fylkeskommunen bør være pådriver, "støttekontakt" og oppfølger av arbeidet i kommunene. Det forventes at fylkeskommunen drifter partnerskapet med blant annet faste møtepunkt. I tillegg forventes det at fylkeskommunen utvikler gode politiske saker særlig om suksess i partnerskapsarbeidet og tiltak i kommunene. Det ønskes at fylkeskommunen setter i gang en kartlegging av tiltak som gjøres i

partnerskapet og lager årsrapport som viser gode prosjekt. Det forventes også at fylkeskommunen bistår i arbeidet med å utvikle midler til folkehelsearbeidet, for eksempel i form av "kroner pr innbygger".

Når fylkeskommunens nye folkehelseplan er klar, vil den inngå som grunnlag for partnerskapsarbeidet.

Aktørene spenner fra idrettskretsen til helseforetak. Enkelte fylker har stor variasjon når det gjelder aktører i partnerskap, andre har en mer homogen tilnærming. Hvordan partnerskapene fungerer og ivaretas er omtalt i varierende grad. Det fremkommer eksempler som at aktørene i partnerskapet deltar i faglige nettverk med relativt få møter per år, der hensikten er faglig fordypning, kompetansebygging og erfaringsutveksling. Det er også eksempler på at partnerskapet får funksjon som et folkehelseråd.

Variasjonene mellom fylkeskommunene når det gjelder partnerskapsarbeidet kan muligens forstås ut fra regionale forhold og tilpasninger. En annen forståelsesramme kan være at fylkeskommunene definerer sin rolle og sine oppgaver i folkehelsearbeidet forskjellig. Det siste må eventuelt leses i lys av at fylkeskommunens rolle og oppgaver har vært i utvikling.

5.4.3 **Partnerskapsavtale med kommunene**

I oversikten over fylkeskommunenes organisering av folkehelsearbeidet inngår informasjon om antall kommuner som har inngått partnerskap med den enkelte fylkeskommune. Her er tendensen at hovedtyngden av kommunene har inngått slik avtale, ca. 70 %. Det må tas forbehold om endringer siden informasjonen ble innhentet.

Akershus: Alle (22)	Møre- og Romsdal: 28 av 36	Sør-Trøndelag: **
Aust-Agder: 7 av 15*	Nordland: 34 av 44	Telemark: 10 av 18
Buskerud: Alle (21)	Nord-Trøndelag: 18 av 24	Troms: 15 av 25
Finnmark: 14 av 19	Oppland: 14 av 26	Vest-Agder: 14 av 15
Hedmark: 19 av 22	Rogaland: 12 av 26	Vestfold: 12 av 14
Hordaland: 18 av 33	Sogn og Fjordane: 21 av 26	Østfold: Alle (18)

* Det tas sikte på at fylkeskommunen skriver samarbeidsavtale med kommunene i 2011. Tallet er oppdatert pr. september 2011.

** I Sør-Trøndelag har kommunene organisert seg i fem kommunegrupper. Alle kommunegruppene har forpliktet seg til å ha IKT, velferdsteknologi og folkehelse i sine arbeidsprogram. Fylkeskommunen ønsker i størst mulig grad å benytte de etablerte arenaene som kommunene møter på, som for eksempel regionråd.

Hvilke krav fylkeskommunen setter når det gjelder stillingsressurs (folkehelsekoordinator) til folkehelsearbeid i kommunene, oppgis i varierende grad. Der dette fremkommer varierer stillingsprosenten fra 20 – 100 % stilling for at kommunen skal være sikret partnerskapsmidler. Det settes også andre krav til kommunene, se bl.a. eksemplet fra Hordaland over. Enkelte opplyser at det pågår arbeid med å utvikle og fornye partnerskapsavtaler med kommunene, bl.a. som følge av ny folkehelselovgivning.

Ny folkehelselov stiller ikke krav om å ha folkehelsekoordinator eller lignende. For å sikre et systematisk folkehelsearbeid, herunder innhente informasjon og foreta analyser, samt foreslå og iverksette tiltak, vil det imidlertid være behov for kompetanse og ressurser. Helse- og omsorgsdepartementet mener at kommunene bør ha koordinatorfunksjon for å ivareta det tverrsektorielle folkehelsearbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet 2011).

5.5 Andre samarbeidsstrukturer

I oversikten over fylkeskommunenes organisering av folkehelsearbeidet vises det også til andre former for samarbeid og strukturer som er etablert som ledd i oppgaven med å være pådriver for og å samordne folkehelsearbeidet i fylket. Et eksempel er opprettelse av folkehelseforum og lignende, bestående av aktører både i og utenfor fylkeskommune, som skal bidra i drøftinger av faglige spørsmål, prioriteringer og dilemmaer i folkehelsearbeidet, bistå i koordinering og utvikling av folkehelsearbeidet mv. Fylkeskommunene oppgir også at ulike nettverk og prosjekter er etablert.

Det kan være av interesse å få mer kunnskap om bakgrunnen for også å etablere andre samarbeidsformer og samarbeidsstrukturer (og hvor forpliktende disse er) – i stedet for eller som supplement til de regionale partnerskapene der ulike aktører inngår?

6 Modell for å vurdere partnerskap for folkehelse

Siktemålet med dette kapittelet er å gi et grunnlag for å vurdere partnerskap som verktøy i folkehelsearbeidet. Det er partnerskap med eksterne aktører, forankret hos fylkeskommunen som vies oppmerksomhet. Det er imidlertid et ønske at innholdet oppfattes som nyttig også på kommunenivå.

6.1 utfordringer

Betydningen av tverrsektorielt arbeid er befestet gjennom ny folkehelselovgeving. Vektleggingen av tverrsektorielt arbeid som del av folkehelsearbeidet fremkommer bl.a. gjennom prinsippet om "Helse i alt vi gjør", som ligger til grunn for loven.

I lov om folkehelsearbeid er partnerskap for folkehelse foreslått som en mulig arbeidsform i folkehelsearbeidet. Dette er formulert slik:

"...Fylkeskommunen skal være pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap." (§ 20)

Loven stiller altså ikke krav til *måten* folkehelsearbeidet skal samordnes på i fylket. Partnerskap angis som én mulig form. Dette kan forstås ut fra tre forhold, som må ses i relasjon til hverandre; a) forventningene til regionalt nivå på folkehelseområdet er nå forankret i lov, b) midler til folkehelsearbeidet inngår i rammetildelingen, det tildeles ikke lengre tilskuddsmidler (jf. partnerskapsmidlene), c) endringene gir regionalt nivå frihet til å velge arbeidsmetoder i folkehelsearbeidet.

Selv om kravet til bruk av partnerskap som metode i noen grad er endret, står likevel målet om et forpliktende samarbeid mellom aktører fast. Dette for å oppnå:

- Samordning av innsats – helhetlige, langsiktige løsninger.
- Samarbeid om felles utfordringer. Oppnå synergieffekter ved å utnytte forskjellig kompetanse og bruke ulike virkemidler.
- At aktørene ivaretar folkehelsehensyn i egne sektorers arbeid, bl.a. ut fra en bevisstgjøring av hvilken betydning sektorene har for folkehelsen.

Generelt oppfattes samarbeid og samordning som honnørord. Det finnes selvsagt også dilemmaer eller utfordringer ved bruk av partnerskap og relaterte samarbeidsformer. I tillegg til funn som fremkom gjennom evalueringen av partnerskap for folkehelse (jf. pkt. 4.5) kan listen med utfordringer suppleres, bl.a. med momenter fra tidligere rapporter, dialog med fylkeskommuner og litteratur.

Listen under er et forsøk på å antyde utfordringer man kan stå overfor i partnerskapsarbeidet:

- Forankre partnerskapsarbeidet.
- Involvere et bredere spekter av aktører/sektorer som har betydning for folkehelse.
- Samarbeidet med frivillig sektor.
- Avklare hva som skal oppnås, og ha oppmerksomhet på oppgaveløsning.
- Avklare egnet samarbeidsform, og ivareta lederskapet på en god måte.
- Sikre langsiktige satsinger (gjøre partnerskapsarbeidet strategisk, ikke kun et sak-til-sak samarbeid).
- Opprettholde et helhetlig perspektiv på utfordringene, samtidig som man har oppmerksomhet på mer konkrete tiltak.
- Avklare relasjon til andre regionale partnerskap, eventuelt også andre samarbeidsarenaer.
- Avsette ressurser, bl.a. til drift og oppfølging (kontinuerlig pådriverarbeid).
- Videreutvikle kompetanse på partnerskapsarbeid.

Helsedirektoratet mener at modellen *The Bergen Model of Collaborative Functioning* kan være et egnet grunnlag for å vurdere hvordan utfordringene kan møtes. Modellen kan benyttes som verktøy for å gjennomtenke innretningen på partnerskapsarbeidet og ulike elementer som er av betydning for at synergier kan oppnås.

6.2 Vurdere hvordan partnerskap fungerer - analysemodell

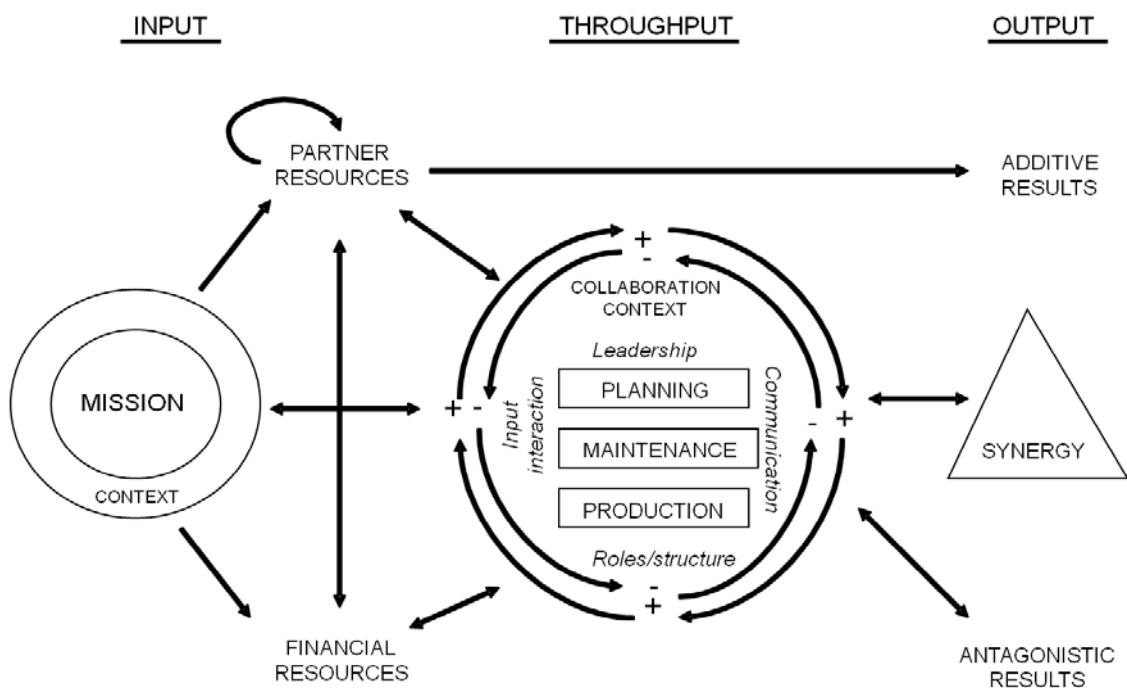
I lys av den betydning tverrsektorielt arbeid har i folkehelsearbeidet, eksempelvis i form av partnerskap, er det av betydning å kjenne til faktorer som virker fremmende og hemmende. Det er behov for slik kunnskap. Ett bidrag i denne sammenheng er en modell egnet for å vurdere hvordan partnerskap fungerer (Corbin & Mittelmark 2008)², se under.

The Bergen Model of Collaborative Functioning bidrar til å se på ulike elementer i partnerskapsarbeid, og hvordan disse samvirker, på en systematisk måte. Det skilles mellom: 1) Input; elementer eller faktorer som er sentrale i etablering av partnerskap. 2) Throughput; elementer eller faktorer som er sentrale i gjennomføringen av partnerskapsarbeidet. 3) Output; effekter av partnerskapsarbeidet.

Modellen gjennomgås nærmere. Det knyttes enkelte kommentarer og eksempler til elementene. Hensikten er å formidle en analytisk ramme som kan legges til grunn for fylkeskommuners/kommuners *egne vurderinger* av partnerskapsarbeid.

² The Bergen Model of Collaborative Functioning er utarbeidet på bakgrunn av en casestudie av The Global Programme for Health Promotion Effectiveness. Modellen er utarbeidet slik at den kan ha bred anvendbarhet.

BERGEN MODEL OF COLLABORATIVE FUNCTIONING



6.3 Avklaringer ved etablering av partnerskap (input)

6.3.1 Målet for partnerskapet

Oppdraget for partnerskapet er utfordringen eller problemet som motiverer partene til å inngå et samarbeid. Det kan være flere grunnlag eller utgangspunkt for etablering av partnerskap.

Planarbeidet (både planprosessen og gjennomføringen av handlingsprogram) kan eksempelvis være et utgangspunkt for forpliktende samarbeid på tvers av nivåer og sektorer (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). "Østfoldhelsa" er eksempelvis et partnerskap som er etablert for å oppfylle folkehelsemålsettingene i fylkesplanen for Østfold.

Ny folkehelselovgivning legger til grunn at utfordringsbildet – dokumentasjon/oversikt over hvilke folkehelseutfordringer som er størst i fylket – skal danne grunnlag for strategier, mål og tiltak og ligge til grunn for hvilke tema som det er naturlig å bringe inn i regional planstrategi og i regional planlegging og utvikling (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Det vil være hensiktsmessig at utfordringene i fylket er utgangspunkt for partnerskapsarbeidet og hvilke aktører det er viktig å samarbeide med. Og ikke minst vil utarbeidelse av en oversikt over folkehelseutfordringene kunne være et eget målområde i partnerskapet.

Et eksempel på et område å samarbeide om kan være ungdomsutfordringer i fylket. Her kan det tenkes forpliktende samarbeid mellom aktører som utdanningssektoren, kultursektoren, politi, frivillige organisasjoner og næringsorganisasjoner (skjenkebestemmelser) som sammen kan sørge for nødvendige tiltak. Generelt kan partnerskap vurderes som egnet i arbeidet med modellutvikling og iverksetting av tiltak.

I lys av at de statlige stimuleringsmidlene til infrastruktur/partnerskap ble lagt inn i rammetilskuddet til fylkeskommunene fra 2010, utfordrer dette fylkeskommunene til selv å vurdere om fordeling av tilskuddsmidler er et nyttig bidrag og innhold i samarbeidet med kommunene.

Enkelte forhold rundt grunnlaget for partnerskapet kan kommenteres nærmere. For det første bør partnerskapet og dets innhold ha god foranking, og være fundamentert i hva som er fylkets utfordringer. For det andre er det hensiktsmessig at satsingene er konkrete. Målsettinger av typen "flere leveår med god helse" vil være lite retningsgivende for partnerskapsarbeidet. For det tredje vil det ut fra bl.a. kompleksitet og kapasitetshensyn være sentralt å vurdere omfanget av oppgaver eller områder for partnerskapet, og følgelig antall partnere det skal inngås avtale med.

Det er også relevant å reflektere over at *felles folkehelsemål* skal ligge til grunn for samarbeidet, jf. definisjonen av partnerskap for folkehelse. Å oppnå en felles forståelse for utfordringene og hvordan disse "eies" av eller angår flere, vil være sentralt for et vellykket samarbeid. Initiativ til samarbeid, basert på hva én aktør oppfatter som behov for å løse i fellesskap med andre, vil stå i motsetning til ideene om likeverd og å jobbe med felles mål.

6.3.2 Aktørene

Aktørene i partnerskapet er den viktigste innsatsfaktoren, i kraft av deres erfaringer, kunnskap og virkemidler. Partnerskapsmodellen bygger på en forståelse av at aktørene er gjensidig avhengig av hverandre for å oppnå mer enn det man kan klare hver for seg (Amdam og Bergem 2008).

Flere sektorer kan være relevante i partnerskap, med tanke på at det er nødvendig med tiltak i en rekke sektorer for å fremme folkehelse. Styrken ved partnerskapsarbeid kan nettopp være at aktører med forskjellige primæroppgaver og interesser som er av relevans for folkehelsearbeidet, inngår et forpliktende samarbeid. Eksempler på aktører er regionale statsetater, Fylkesmannen, kommuner, KS, arbeidslivsorganisasjoner, næringsorganisasjoner, helseforetak, kunnskapsmiljøer og frivillige organisasjoner. Under omtales kun *noen* aktører nærmere.

Frivillig sektor har en betydelig rolle i folkehelsearbeidet, både i kraft av de aktiviteter som organisasjonene bidrar med og ved at det gir egenverdi for den enkelte å engasjere seg frivillig (Helse- og omsorgsdepartementet 2011). Det kan imidlertid være grunn til å foreta særlige avklaringer i forbindelse med deltakelse fra frivillig sektor i partnerskap. Den frivillige innsatsen påvirker ikke det offentliges ansvar for folkehelsearbeidet, men vil være et viktig supplement til innsatsen fra det offentlige.

Å snakke om at frivillige organisasjoner har forpliktelser og ansvar, på samme linje som øvrige aktører i partnerskapet, kan derfor være uriktig.

Private aktører kan også inngå i partnerskap. Det kan tenkes dilemmaer rundt slike samarbeid, ut fra aktørenes ulike interesser inn i arbeidet. Ved inngåelse av samarbeid mellom offentlige og private aktører er avklaring av roller og forventninger særlig viktig.

Fylkesmannen er en viktig partnerskapsaktør i mange fylker. Fylkesmannen skal medvirke til at den nasjonale politikken blir fulgt opp regionalt og lokalt og har bl.a. ansvar for å samordne statlig forvaltning i fylket. Fylkesmannen har også en sentral rolle når det gjelder regional planstrategi. Gitt rollen hhv fylkeskommunen og Fylkesmannen har i folkehelsearbeidet generelt og overfor lokalt nivå spesielt, er det viktig med et nært og løpende samarbeid.

Partnerskapsavtaler kan være en måte å sikre et systematisk og langsiktig samarbeid mellom Fylkesmannen og fylkeskommunen. Gjennom høringen til ny folkehelselov er det påpekt at Fylkesmannens deltakelse i partnerskap bør vurderes som følge av Fylkesmannens tilsynsrolle overfor fylkeskommunene. Fylkesmannen kan føre tilsyn med lovligheten av fylkeskommunens oppfyllelse av plikter i loven, jf. § 31. Det er generelt viktig med tydelig rolleforståelse i et partnerskapsamarbeid. Dette gjelder ikke minst når en av rollene er å være tilsynsorgan.

Kommunene har i utstrakt grad inngått avtaler med fylkeskommunen på folkehelseområdet, jf. kap. 5. Kommunene er på mange måter hovedaktører i partnerskapene, tiltak og løsninger skal gjerne implementeres lokalt. Partnerskapet kan være en måte å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene. En understøttende handling fra regionalt nivå vil dreie seg om "å møte" kommunene på en likeverdig måte. Videre er kommunenivået viktig for å få et godt samspill mellom regional planstrategi og kommunale planstrategier. Erfarings- og kompetanseutveksling mellom kommunalt, fylkeskommunalt og statlig nivå kan være en relevant dimensjon i partnerskap. Et viktig spørsmål er *hvem* i kommunen som deltar i partnerskapsarbeidet.

For fylkeskommunen selv vil det være relevant å vurdere eventuell sammenheng med andre regionale partnerskap samt hvem fra fylkeskommunen som skal delta i folkehelsepartnerskapet.

6.3.3 Partnerskapsavtalen

Å inngå avtale om samarbeid er sentralt i partnerskapsmodellen. Avtalen har gjerne en prosessuell heller enn en juridisk betydning. Fordelen ved å utforme en skriftlig avtale kan være at:

- Avtalen kan bidra til eierskap og forankring.
- Avtalen kan bidra til at samarbeidets rammer og innhold blir tydelig definert.
- Avtalen kan bidra til å tydeliggjøre forventninger og roller.
- Avtalen kan bidra til å styrke forpliktelsen til fremdrift og gjennomføring.
- Avtalen kan være en viktig rettesnor ved fornøyelse eller uoverensstemmelser.

Avtalen kan være sentral i forankringsarbeidet. Forankring er en viktig betingelse for partnerskapet, og avgjørende for å oppnå tilstrekkelig prioritet og stabile rammer. Partnerskapsarbeidet må forankres i alle deltakende aktørers organisasjoner, og både administrativt og politisk i fylkeskommunen/kommunen³. Videre er det sentralt å avklare eierskap til selve partnerskapsarbeidet og resultatene av dette, ikke bare til avtalen om samarbeid. Det kan tenkes ulike styrings- referansegruppemodeller for partnerskap.

Det opereres både med én overordnet og felles avtale for partnerskap som inkluderer mange parter, og med flere bilaterale avtaler. En overordnet avtale kan være hensiktsmessig når flere, stabile parter skal inngå samarbeid. De bilaterale avtalene kan være fordelaktige når konstallasjonene er mer skiftende (Region Syddanmark og DGI Fyn 2007).

Med utgangspunkt i bl.a. eksempler på partnerskapsavtaler har Helsedirektoratet utarbeidet momenter som kan være aktuelle å se til ved utforming av avtaler:

1. Formål/bakgrunnen for å inngå partnerskap
2. Beskrivelse av partene
3. Forankring
4. Avtaleperiode
5. Organisering, herunder rolleavklaring, og samarbeidsarenaer
6. Ansvars- og oppgavefordeling
7. Økonomi
8. Forventede resultater
9. Rapportering/dokumentasjon
10. Oppsigelse av avtalen
11. Reforhandling
12. Tvist

Momentene, med underpunkter, gjengis som et skisseforslag i vedlegg 1.

6.4 Gjennomføring av partnerskapsarbeidet (throughput)

6.4.1 Organisering

Det er hensiktsmessig å avklare hvilken form partnerskapsarbeidet skal ha, som en innledning til arbeidet. Som omtalt tidligere i denne rapporten, kan partnerskap for folkehelse ha ulik organisering, ut fra om hensikten med partnerskapet er å løse konkrete oppgaver eller har et mer langsiktig, strategisk formål. Hvilken form partnerskapet eventuelt skal ha må vurderes i lys av ulike, lokale forhold.

Det kan være relevant å stille eksempelvis følgende spørsmål i forbindelse med vurdering av strukturen eller arbeidsformen:

- Hvilke oppgaver skal løses?
- Hvordan skal oppgavene løses?
- Hvordan skal oppgavene koordineres?

³ Hvor relevant er eventuelt regionrådene når det gjelder forankring av partnerskapsarbeidet?

- Hvor ofte er det behov for å ha kontakt?

Planlegging, drift og oppfølging av partnerskapsarbeidet vil gjerne følge noen av kjennetegnene som i prosjektarbeid, bl.a. for å oppnå systematikk i arbeidet.

6.4.2 Ledelse

Selv om likeverdighet ligger til grunn for partnerskapsmodellen er det behov for ledelse av partnerskapsarbeidet. I tverrsektorielt arbeid er det viktig med en "motor", noen må ta ansvar for å drive og følge opp samarbeidet (Difi 2010). Denne "pådriverfunksjonen" fordrer flere typer kompetanse.

Ledelse av partnerskap må tilpasses kjennetegnene ved tverrsektorielt arbeid. Initiativtakeren og/eller lederen av partnerskapsarbeidet bør være bevisst utøvelsen av egen rolle, i lys av verdien om likeverd som ligger til grunn for partnerskapsmodellen. Det vil være sentralt å ha oppmerksomhet på slike forhold både ved etablering og underveis i partnerskapsarbeidet.

Aktørene i et partnerskap kan ha ulike utgangspunkt for samarbeidet, oppgaven det skal samarbeides om og hva som skal oppnås. Folkehelse og folkehelsearbeid kan oppleves forskjellig ut fra ulike faglige ståsted og ulike sektors målsettinger (Bjørnsgaard 2010). Styrken ved tverrsektorielt arbeid er at aktørene bringer inn ulik kompetanse, erfaringer og virkemidler, og at dette kan bidra til en mer helhetlig og effektiv oppgaveløsning. Det er av stor betydning å sørge for enighet om målene som skal nås, men ikke om virkemidlene til de enkelte aktørene. I ledelse av partnerskap må det tas høyde for at ulike ståsted og innfallsvinkler må håndteres. En må være oppmerksom på at det kan ta noe tid å få partene til å "tenke seg sammen". Å bruke tid innledningsvis til å avklare og jobbe med målsettinger, bidrag fra de ulike aktørene mv., vil være en lønnsom investering.

Den som skal ivareta en lederrolle i partnerskap har også som oppgave å skape godt samarbeidsklima og å bygge tillit mellom aktørene. Tillit kan legge grunnlag for utvikling av en delingskultur (Haugstad 2011).

6.4.3 Dokumentasjon

Som del av intern og ekstern kommunikasjon i forbindelse med partnerskapsarbeidet er dokumentasjon sentralt. Dokumentasjon kan ha en rekke positive effekter, på så vel partnerskapet selv, som omgivelsenes interesse for og anerkjennelse av partnerskapsarbeidet. Dokumentasjon kan skape synlighet, motivasjon og anerkjennelse (Region Syddanmark og DGI Fyn 2007):

- Dokumentasjon kan bidra til at deltagerne får økt fokus på effektene av deres innsats, og hva de selv får ut av det.
- Dokumentasjon kan skape sterkere partnerskapsidentitet og øke organisasjonenes eierskap overfor prosjektet.
- Dokumentasjon kan i noen grad forhindre at aktiviteter går i stå, dersom f.eks. nøkkelpersoner skulle gå ut av partnerskapet. Dokumentasjon kan til og med bidra til rekruttering av nye.

6.5 Effekt av partnerskapsarbeidet (output)

Hensikten med partnerskap er at man skal oppnå synergier, altså mer enn det partene ville gjort om de jobbet hver for seg. Synergi henger sammen med faktorer som ledelse, yteevne, ressurser og omgivelser.

Selv om samarbeid og samordning ofte blir brukt som honnørord, må det erkjennes at samordning også har en kostnadsside. Kostnadene kan forekomme bl.a. i form av tid og ressurser til kommunikasjon og planlegging, særlig dersom aktivitetene som samordnes kan fungere uavhengig av hverandre (Difi 2010). Partnerskapet må ha et omforent fundament. Partene må erkjenne at de er gjensidig avhengige av hverandre for å nå felles mål, og de må ha forventninger om at verdien av det de får i en samarbeidsrelasjon er større enn det de gir fra seg, inkludert samarbeidskostnader i form av tid eller andre ressurser.

Grunnen til at man er villig til å investere i et partnerskap er forventningen om at synergi kan realiseres, d.v.s. at $2 + 2 = 5$. Forskning viser imidlertid at man også må forvente, og akseptere, at man muligens bare vil oppnå additive resultater ($2 + 2 = 4$), og enda viktigere, motsatte resultater ($2 + 2 = 1$). Man vil selvfølgelig arbeide for å begrense additive og motsatte resultater, men det må være vilje og åpenhet til å diskutere slike muligheter. Erkjennelse av at slike resultater kan oppstå kan også ha en forebyggende effekt i samarbeidet (Corbin & Mittelmark 2008).

Et annet aspekt av dette er nødvendigheten av tid til samtaler om partnerskapsprosessen: "Hvordan går det, egentlig, hos oss?". Det kreves lærende samarbeidsprosesser som bidrar til at aktørene oppfatter partnerskap som en mer effektiv måte å arbeide på enn alternative former. Dette er tilsvarende prinsipp som med problembasert læring; tid til felles refleksjon om arbeidsprosessen og de forbedringspotensial som følger. Det kan være vanskelig å få tid til slike samtaler. Man vil gjerne fokusere på produksjon og unngå ømtålige emner. Denne tendensen er nettopp hva man må forsøke å unngå. En grunn til at mange partnerskap avvikles før de har produsert det de ønsker, er skjult misnøye (Corbin & Mittelmark 2008).

Partnerskapsarbeidet bør vurderes jevnlig. En vurdering kan foretas etter flere dimensjoner. For å kunne vurdere konkrete resultater av partnerskapsarbeidet må det være formulert et klart formål med partnerskapet, eventuelt delmål eller milepæler i det langsiktige arbeidet. Det er også relevant å vurdere hvilke faktorer som bidrar til å styrke samarbeidet, og som kan føres tilbake til arbeidet. Positive erfaringer kan bringe motivasjon inn i arbeidet og føre til at viktige aktører ønsker å delta (Haugstad 2011).

Det vil være sentralt å få tak i aktørenes egne vurderinger av målene som er satt for partnerskapsarbeidet, forankringen, sammensetningen av aktører, organisering, ledelse, drift og hvordan arbeidsformen fungerer, opplevelse av nytte, samt andre faktorer som gjør det attraktivt å delta (drivkrefter) – generelt hva som virker hemmende og fremmende for arbeidet.

6.6 Vurderinger av partnerskap – oppsummering av momenter

Oppsummeringsvis kan det listes opp noen momenter eller spørsmål til vurdering ved etablering og vedlikehold av partnerskap:

- Hva er utgangspunktet for partnerskapet og hva skal oppnås?
- Hvilken kompetanse og hvilke ressurser er satt av til ledelse og drift av partnerskapsarbeidet?
- Hvordan involvere relevante aktører?
- Hvordan sikre forankring av partnerskapet?
- Hvordan sikre langsiktighet i arbeidet?
- Hvordan bør partnerskapsarbeidet organiseres, hvilken arbeidsform er egnet?
- Hvilken form for avtale er relevant?
- Hvordan skal likeverd mellom aktørene ivaretas?
- Hvordan skal relasjonene til andre partnerskap, aktører og arenaer ivaretas?
- Hva er effekten av partnerskapsarbeidet? Hva skal måles? Hvordan måle?
- Hvordan skal fornyelsesfunksjonen sikres?
- Hvordan skal eventuelle uoverensstemmelser løses?

Litteraturliste

Amdam R og Bergem R (2008). Kriterium for evaluering av partnerskap og planlegging i kommunalt folkehelsearbeid. Arbeidsrapport nr. 222. Høgskulen i Volda/Møreforsking.

Andersen OJ og Røiseland A (2008). Partnerskap. Problemløsning og politikk. Bergen: Fagbokforlaget.

Axelsson R og Axelsson S.B (Studenlitteratur 2007). Folkhälsa i samverkan mellom professioner, organisationer och samhällssektorer. Samverkan och folkhälsa – begrepp, teorier og praktisk tillämping (s. 11-31).

Bergem R, Ouff SM, Aarflot U, Hanche-Dalseth M. Partnerskap for folkehelse og Helse i plan: Undervegsrapport. Volda: Møreforsking; 2009. Arbeidsrapport nr. 234. Tilgjengelig fra:
http://www.moreforsk.no/download.aspx?object_id=2B718996FE954AF09C099A36EEEEB78D1

Bjørnsgaard A (2010). Aksjon i folkehelsearbeidet? Masteroppgave i helsefremmende arbeid og omsorg i lokalsamfunnet. Høgskolen i Gjøvik.

Corbin JH, Mittelmark MB (2008). Partnership lessons from the Global Programme for Health Promotion Effectiveness: a case study. Health Promotion International, 23 (4), 365-371. doi: 10.1093/heapro/dan029

Dahlgren G, Whitehead M (1991). Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Future Studies.

DGI Fyn og Region Syddanmark (2007). Guide til partnerskaber. Om samarbeide mellom offentlige og frivillige organisationer.

Direktoratet for forvaltning og IKT, Difi (2010). Saman om felles mål? Erfaringer med organisering, styring og finansiering av tverrgående oppgaver. Rapport 2010:18.

Haugstad A (2011). Promoting public health in Norway: A case study of NGO – public sector partnership using The Bergen Modell of Collaborative Functioning. Masteroppgave ved Universitetet i Bergen.

Helsedepartementet (2003). St.meld. nr. 16 (2002-2003). Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken.

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

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Lov 24. juni 2011 nr. 29: Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Helse- og omsorgsdepartementet (2011). Prop. 90 L (2010-2011). Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven).

Helse- og omsorgsdepartementet (2009). Ot.prp. nr. 73 (2008-2009) Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). St.meld. nr. 20 (2006-2007). Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Hordaland fylkeskommune (2011). Oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet 2010-2011.

Jones J, Barry MM (2011). Developing a scale to measure trust in health promotion partnerships. Health Promotion International. doi:10.1093/heapro/dar007.

Kommunal- og regionaldepartementet (2009). St.meld. nr. 25 (2008-2009). Lokal vekstkraft og framtidstru. Om distrikts- og regionalpolitikken.

Kommunal- og regionaldepartementet (2006). St.meld. nr. 12 (2006-2007). Regionale fortrinn – regional framtid.

Kommunal- og regionaldepartementet (2002). St.meld. nr. 19 (2001-2002) Nye oppgaver for lokaldemokratiet – regionalt og lokalt nivå.

NOU 1998:18. Det er bruk for alle. Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene.

Ouff SM, Bergem R 2010, Hanche-Dalseth M, Vestby G, Hofstad H, Helgesen MK (2010). Partnerskap for folkehelse og Helse i plan: Sluttrapport. Volda: Møreforskning; 2010. Rapport nr. 7.

Røvik, KA (2007). Trender og translasjoner - Ideer som former det 21. århundrets organisasjon. Oslo: Universitetsforlaget.

Sosial- og helsedirektoratet (2005). Partnerskap for folkehelse i Norge – statusrapport til partnerskapskonferansen 6. og 7. desember 2005. IS-1329.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Lokalt folkehelsearbeid – organisering og forankring. IS-1404.

Sosial- og helsedirektoratet (2006). Rapport basert på rapporter fra fylkesmenn og fylkeskommuner for 2006. IS-1508.

Svensson L og Nilsson B (2008). Partnership. As a Strategy for Social Innovation and Sustainable Change. Santerus Academic Press, Sweden.

World Health Organization (2010). Partnerships. WHA63.10. Agenda item 18.1.

World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion.

http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Vedlegg 1: Partnerskapsavtale for folkehelse - skisseforslag

Partnerskapsavtale for folkehelse – skisseforslag

Partnerskap er en måte å organisere samarbeid på. Et partnerskap for folkehelse er en frivillig og likeverdig avtale mellom to eller flere parter om samarbeid og/eller koordinert innsats for å nå ett eller flere felles folkehelsemål. Partnerskapsmodellen skal bidra til at folkehelsearbeidet går fra det prosjektbaserte til det integrerte.

Det er et stort potensial i at det offentlige samarbeider på tvers av forvaltningsnivåer og med andre aktører, herunder frivillige organisasjoner, når folkehelsearbeidet skal planlegges og gjennomføres:

- Avtaler om partnerskap skal gi en tydelig merverdi til folkehelsearbeidet ved at folkehelsemål som ellers ikke vil blitt oppfylt, oppnås.
- Partnerskapene skal støtte opp under intensjonene i folkehelseloven og nasjonal folkehelsepolitikk, i tillegg til det regionale og kommunale folkehelsearbeidet.
- Folkehelseloven forutsetter samarbeid på tvers av sektorer, og gir blant annet kommuner og fylkeskommuner som sådan ansvaret for folkehelsearbeidet, og ikke helsetjenesten/helsesektoren alene.

1. Formål/bakgrunnen for å inngå partnerskap

Avtalens formål:

Suksesskriterier:

2. Beskrivelse av partene

Partnerskapsavtalen har følgende likeverdige parter:

3. Forankring

Partnerskapet er forankret på følgende måte:

4. Avtaleperiode

Avtalen gjelder for følgende periode:

Tidsplan:

5. Organisering, herunder rolleavklaring, og samarbeidsarenaer

Samarbeidet skal bygge på et likeverdig og forpliktende samarbeid:

Regionalt samarbeid

Lokalt samarbeid

6. Ansvars – og oppgavefordeling, for eksempel:

Regionale aktører.....

Lokale aktører.....

7. Økonomi

Finansiering av partnerskapssamarbeid bør innlemmes i ordinær drift, jf. folkehelselovens tydeliggjøring av sektorer og forvaltningsnivåers krav til å bidra til en mer helsefremmende samfunnsutvikling, herunder kommuner og fylkeskommuners krav om å iverksette tiltak basert på det lokale og regionale utfordringsbildet. Det kan også søkes om tilskudd til tiltak og prosjekter gjennom de tilskuddsordninger som til enhver tid er aktuelle ut i fra tema/satsingsområde. Både statlige, fylkeskommunale og kommunale midler til satsinger vil være aktuelle i kombinasjon med lokal egeninnsats, i tillegg til eventuelle internasjonale ressurser.

8. Forventede resultater

Ha utviklet partnerskapet som en hensiktsmessig, bærekraftig og integrert arbeidsform i folkehelsearbeidet.

Ha gjennomført avtalte tiltak innenfor satsingsområdene.

Ha deltatt i aktuelle lokale og regionale samarbeidsarenaer, jf. avtalen.

Ha presentert arbeidet på aktuelle arenaer og i aktuelle sammenhenger.

9. Rapportering/dokumentasjon

Det skal utarbeides årlig rapport fra det lokale folkehelsearbeidet som synliggjør resultater som oppnås gjennom partnerskapsavtalen i samsvar med ansvars- og oppgavefordeling.

10. Oppsigelse av avtalen

Avtalen gjelder fra dato for undertegning.

Avtalen kan sies opp etter skriftlig varsel fra en av partene med 6 måneders varsel.

11. Reforhandling

Partene er inneforstått med at lovendringer eller endrede driftsforutsetninger kan føre til at avtalen kan reforhandles.

12. Tvist

Ved tvist i sammenheng med avtalen skal dette primært løses ved forhandlinger.

Ved andre forhold gjelder tvistemålsloven kap. 32.

Vedlegg 2: Oversikt over fylkeskommuners
organisering av folkehelsearbeidet

Oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet

2010-2011

Innholdsfortegnelse

Forord	43
1. Akershus fylkeskommune	44
2. Aust-Agder fylkeskommuner	47
3. Buskerud fylkeskommune	49
4. Finnmark fylkeskommune	52
5. Hedmark Fylkeskommune	55
6. Hordaland fylkeskommune	57
7. Møre- og Romsdal fylkeskommune	60
8. Nordland fylkeskommune.	62
9. Nord-Trøndelag fylkeskommune	64
10. Oppland	66
11. Oslo kommune	69
12. Rogaland fylkeskommune	72
13. Sogn og Fjordane fylkeskommune	74
14. Sør – Trøndelag fylkeskommune	76
15. Telemark fylkeskommune	77
16. Troms fylkeskommune – Romssa fylkkasuohkan	80
17. Vest-Agder	85
18. Vestfold fylkeskommune	87
19. Østfold fylkeskommune	90

Forord

I forbindelse med diskusjon om organisering av folkehelsearbeidet i Hordaland ba regionaldirektøren i Hordaland fylkeskommune om en landsoversikt over arbeidet. Da dette ikke fantes tok jeg kontakt med folkehelsekoordinatorer, folkehelseledere og rådgivere i alle fylkene med forespørsel om hvordan arbeidet er organisert. Ved å oppgi noen stikkord rundt organiseringen og en mal for innrapportering har jeg prøvd å samle lignende informasjon fra alle. Arbeidet har vært en sakte prosess som har pågått i over et år. Informasjonen er innhentet i flere omganger med oppdateringer og endringer samt utviding av informasjonsgrunnlaget i tråd med utvikling av arbeidet i folkehelse Norge. Jeg vil rette en god takk til Lise Corwin som våren 2010 deltok i arbeidet med å innhente opplysninger fra fylkeskommunene.

Informasjonen fra fylkeskommunene er selvrapportert og innhentet gjennom e-post korrespondanse og telefonsamtaler med folkehelsekollegaer rundt om i landet. Jeg tar ikke ansvar for hvorvidt detaljer i oversikten er riktige eller ikke. Det er ikke gjort noe arbeid med layout av dokumentet.

Oversikten er ment som et diskusjonsgrunnlag for lik og ulik organisering av folkehelsearbeidet i fylkeskommunene. Det er klart at utviklingen, organisering, innholdet og ressurser brukt til arbeidet varierer. Hva det skyldes er interessant å tenke over særlig sett i lys av lovreguleringen av arbeidet og hvordan den tolkes. I tillegg kan en spørre seg hva den ulikheten i satsningen betyr i arbeid med utjevning av sosiale helseforskjeller i Norge. Jeg håper derfor at dokumentet kan vekke interesse for bedre og mer systematisk arbeid i og mellom fylkeskommunene.

I prosessen med dokumentet har det kommet tilbakemeldinger om at oversikten er nyttig. Jeg håper at ved å ha åpenhet og innsyn i hvordan vi organiserer folkehelsearbeidet i vårt vidstrakte land kan vi bygge på hverandres erfaringer, utvikle fagfeltet videre og diskutere likheter og ulikheter i satsningen på tvers av fylkesgrensene. Oppsummeringen kan også legges til grunn for fylkeskommunenes videre arbeid med å utvikle sin rolle i arbeidet med å oppnå målet med flere leveår med god helse i befolkningen som helhet og å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn.

Juni 2011

Sigrun G. Henriksen
Folkehelsekoordinator i Hordaland

1. Akershus fylkeskommune

Nettside: <http://www.akershus.no/>

Kontaktperson: Monica Fleisje, monica.fleisje@akershus-fk.no, tlf 2205 5614.

Innbyggere: ca 520 000

Kommuner: 22

Forankring av folkehelsearbeidet:

I Akershus fylkesplan (forlenget ut 2010), arbeider nå med ny strategi som skal vedtas desember 2011.

Lagt innunder:

Regionalavdelingen, Team folkehelse. Oppgaver: Folkehelse, frivillighetsåret 2011, eldrerådet, rådet for mennesker med nedsatt funksjonsevne. Det ble i 2010 etablert et policy team for folkehelse (folkehelsesteam) og egne team for tilskuddsordninger og virkemidler i team idrett/friluftsliv/fysisk aktivitet og kunst og kulturteam. Avdeling for regional utvikling vil i løpet av våren bli omorganisert og delt opp i 3 nye avdelinger.

Hvor mange ansatte i Team folkehelse:

4 personer, hvorav 1 har andre oppgaver (dvs sekretær for råd for mennesker med nedsatt funksjonsevne) og 1 har 50% engasjement i 2011 som prosjektleder for frivillighetsåret som er underlagt team folkehelse.

Medarbeidere: Kjersti Hovden (50%), Stein-Owe Hansen, Christine Jørgensen (50%) og Monica Fleisje.

Teamleder: Monica Fleisje (monica.fleisje@akershus-fk.no) Tlf. 22 05 5614.

Folkehelseoppgaver:

- Drifte nettverk og partnerskap og være pådriver og samordner av folkehelsearbeidet gjennom det: Gjelder nettverket for folkehelsekoordinatorerne i kommunene, regional referansegruppe for folkehelse, og ressursgruppene for fysisk aktivitet, kosthold og tobakk
- Strategiarbeid: Utarbeide et kunnskapsgrunnlag for folkehelse (helseoversikt), og på bakgrunn av det formulere strategier for folkehelse ut fra politiske drøftinger og føringer i samarbeid med partnerskapene.
- Bevisstgjøre fylkeskommunen internt og fremme folkehelsen gjennom alle våre oppgaver og tjenester.
- Koordinere og drifte statlig og regional tiltaksutvikling: Friskliv, kostholds- og røykesluttkurs, fiskesprell og fordeling av tilskudd til ulike folkehelse,- kultur-, og skolemiljøtiltak.
- Samarbeide med frivillige organisasjoner om EU's frivillighetsår.

- Følge opp avtale med kommunene om ekstra skolehelsetjenester til videregående skoler.

Partnerskap internt:

1. *Gruppe for koordinering mellom avdelingene:*
 - Monica Fleisje: Avdeling for regional utvikling
 - Jeanette Solberg; Avdeling for opplæring
 - Rigmor Moe; Fylkestannlegen
2. *Gruppe for koordinering mellom teamene innen avdelingen:*
 - Team folkehelse
 - Team idrett, friluftsliv og fysisk aktivitet
 - Team kunst og kultur
3. *Gruppe for koordinering og fremming av folkehelse (tidsbegrenset prosjektgruppe):*
En representant fra hvert team i avdeling for regional utvikling, samt fra avdeling for opplæring og tannhelsetjenesten inngår.

Partnerskap eksternt:

1. *Administrative møter med folkehelserådgiver hos fylkesmannen:*
Formål drifte og samordne folkehelsearbeidet. Regelmessige møter etter behov.
2. *Forum for folkehelse:*
Nettverk med folkehelsekoordinatorene for utvikling av folkehelsearbeidet. Møtes 2-3 ganger i året. Ledes av Monica Fleisje. Alle kommuner med i partnerskapet.
3. *Referansegruppe for partnerskapet:*
Skal være en administrativ overordnet referansegruppe som skal se hele folkehelse-arbeidet under ett, samt inspirere og være pådriver i arbeidet. Har 2-3 møter i året.

Medlemmer:

- i. Senter for helsefremmende arbeid, ved Akershus Universitetssykehus (Ahus)
 - ii. Fylkesmannen i Oslo og Akershus, ved folkehelserådgiver
 - iii. NaKuHel Norge Helsefremmende stiftelse.
 - iv. Høyskolen i Akershus
 - v. En kommunerepresentant (kommunelege eller helse- og sosialsjef) fra hver av de 4 regionene i Akershus
 - vi. Akershus idrettskrets (administrativt)
 - vii. NAV, ved fylkeskoordinator for psykisk helse og arbeid
 - viii. Forum for natur og friluftsliv Akershus
 - ix. Mental Helse Akershus
4. *Ressursgrupper:*
Akershus har tre ressursgrupper innen de nasjonale innsatsområdene; fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Organiseringen av ressursgrupper vil i løpet av 2011 blir revurdert og sett i sammenheng med nye strategier og behov for oppfølging av dem.

Økonomi:

- 3,2 mill til partnerskapsarbeid (tilskudd på 80.000,- kr til alle partnerskapskommuner)
- 0,9 mill til frivillige organisasjoner, innsatsmidler folkehelse (fylkesplanens handlingsprogram)
- 0,4 mill til frisklivsarbeid + tilsvarende i statlige midler
- 0,5 mill statlig til lavterskel fysisk aktivitet i frivillig regi
- 0,7 mill til skolemiljøtiltak i videregående skoler
- 10,0 mill til kjøp av ekstra skolehelsetjenester til videregående skoler

(Tilskudd til organisasjoner utgjør for 2011 kr 21.655.000,-.)

Frisklivssentrales: Ja, i flere kommuner. Oppstart gjennom FYSAK prosjektet i 2005. Vil videreføre satsingen med statlige og fylkeskommunale midler i 2011.

Sentrale linker: www.akershus.no

Oppdatert: 7. mars 2011

2. Aust-Agder fylkeskommuner

Nettside: www.austagderfk.no/folkehelse

Innbyggere: Ca. 109 000

Kommuner: 15 kommuner

Kontaktperson:

Inger Margrethe Braathu, inger.margrethe.braathu@ austagderfk.no, 37017300,
Nils André Gundersen, nils.andre.gundersen@ austagderfk.no, 37017300

Forankring av folkehelsearbeidet:

Det gode livet er et av fem hovedsatsingsområder i "Regionplan Agder 2020." Fylkestingene i Aust-Agder og Vest-Agder har vedtatt at planlegging av felles tiltak i regionen skal skje gjennom en regionplan for hele Agder som erstatter fylkesplanene. "Regionplan Agder 2020" ble vedtatt av begge fylkestingene i juni 2010.

"Felles plan folkehelse og levekår Agder 2010-2013" ble vedtatt av fylkestingene i Aust-Agder og Vest-Agder i juni 2010. Oppfølgingen av planen ble behandlet i fylkesutvalgene i Aust-Agder i september 2010 og i Vest-Agder i august 2010. Planen inneholder både faglige innsatsområder og organisering av folkehelsearbeidet.

Lagt innunder: Seksjon for kultur i Regionalavdelingen

Folkehelseansatte:

Rådgiver folkehelse Inger Margrethe Braathu,
inger.margrethe.braathu@ austagderfk.no, 37017300, 100% stilling

Rådgiver idrett og folkehelse Nils André Gundersen,
nils.andre.gundersen@ austagderfk.no, 37017300, 40% stilling

Tannhelsetjenesten har folkehelsekoordinator i 20% stilling.

Partnerskap for folkehelse:

I forbindelse med "Felles plan folkehelse og levekår Agder 2010-2013" beskrives en ny modell for organisering av partnerskap for folkehelse i Agder. Det arbeides nå med implementering av planen.

Det tas sikte på at fylkeskommunen skriver samarbeidsavtale med kommunene i Aust-Agder på folkehelseområdet i 2011.

Styringsgruppe: Folkehelse- og levekårsarbeidet er lagt til fylkesutvalgenes ansvarsområde.

Samarbeid innad i fylkeskommunen:

Intern folkehelsegruppe oppnevnt av fylkesrådmannen. Medlemmer fra utdanning,

samferdsel, idrett, plan og friluftsliv, næring, tannhelse og kultur.

Hovedsatsinger:

- Satsninger i videregående skole
- Kompetanseheving i kommunene
- Samarbeidsavtaler
- Tannhelse
- Psykisk helse
- Fysisk aktivitet og friluftsliv

Økonomi 2011:

Det er avsatt 1 mill. kr. i ordinært budsjett til folkehelse.

Tilskudd fra Helsedirektoratet, fysisk aktivitet i regi av frivillige organisasjoner kr. 600 000, friskliv ca. kr. 300 000-350 000.

Det er avsatt midler fra regionalt utviklingsprogram for Aust-Agder 0,6 mill. kr. til satsing på folkehelse.

Det er avsatt midler fra regionalt utviklingsprogram for Agder 1 mill kr. til tiltak/prosjekter i felles folkehelseplan.

Frisklivssentraler:

I Aust-Agder søkte 8 av 15 kommuner om midler til lavterskelaktiviteter for mer fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt i 2010 ("Helsekilden" eller "Aktivitet på resept"). 3 andre kommuner som ikke søkte midler i denne omgang har jobbet med lavterskelaktiviteter for mer fysisk aktivitet, sunnere kosthold og røykeslutt.

Oppdatert: 28. februar 2011

3. Buskerud fylkeskommune

Nettside: <http://www.bfk.no>

Visjon for folkehelse i Buskerud: Gode og aktive dager – for alle i Buskerud.

Kontaktperson: Anne Line Berglia. anneline.berglia@bfk.no 32 80 87 22

Innbyggere: ca 255 000 innbyggere

Kommuner: 21 kommuner, alle er med partnerskapsavtaler med fylkeskommunen

Forankring av folkehelsearbeidet:

Strategi for folkehelsearbeidet i Buskerud;

(<http://www.bfk.no/Modules/theme.aspx?ObjectType=Article&ElementID=8770&Category.ID=4196&Itemid=2283>)

Strategien konkretiseres gjennom handlingsplan, delvis med referanser til andre planer (fylkets trafiksikkerhetsplan, regional plan for universell utforming, strategi for integrering, handlingsplan for idrett og fysisk aktivitet, regional FOU strategi, kollektivtransportplan og fylkesveistrategi, handlingsplan mot frafall i videregående utdanning, og lignende)

Lagt innunder:

Utviklingsavdelingen. Avdelingen er organisert i fagteam, og folkehelse er i team "Plan og folkehelse".

Teamet består av 1 regional planlegger og tre planleggere som jobber med kommuneplaner med mer. I tillegg er følgende fagområder i teamet. friluftsliv, idrett, fysisk aktivitet og universell utforming.

Hvor mange folkehelseansatte:

Fra 1/1-2011: to dagsverk som folkehelserådgivere. I tillegg ivaretar teamet for øvrig fagområder som er sterkt relatert til folkehelse (se over). I tillegg jobber tannhelsetjenesten offensivt og aktivt med folkehelse.

Arbeidsoppgaver nå:

I tillegg med å imøtekomme forventninger i ny folkehelselov peker regional plan for folkehelse (Strategi for folkehelse vedtatt 17.juni 2010) ut innsatsområder. Dette er:

1. *Å sette folkehelse på dagsorden.* Dette innebærer utstrakt kontakt og møtevirkosomhet med kommuneledelse (administrativ og politisk) for å få prioritert folkehelsearbeidet. Det er også vektlegging av kommunale planer inkludert handling og økonomiplan. I tillegg jobbes det med å få fokus på folkehelse hos regionale aktører både de i og utenfor folkehelserådet (se over). Det er også arbeid med å utvide samarbeidet med flere regionale aktører.
2. *Oversikt over helsetilstanden.* Dette for å få oversikt over utfordringer i eget fylke, støtte kommunene i deres arbeid og å imøtekomme krav i loven. Arbeidet består

foreløpig i lage en modell for hvordan arbeidet skal gjennomføres og hvem som kan gjøre det (i samarbeid med hvem).

3. *Tiltak rettet mot ungdom 13-23 år.* Dette vil innbefatte tiltak både innen egen virksomhet (utdanning, samferdsel og utvikling), men også i tett samarbeid med kommuner, frivillige organisasjoner og regionale aktører.

Partnerskap internt:

Ingen formelle partnerskap internt, men folkehelse og tannhelse har i flere år jobbet sammen. Det siste året er det inngått tettere med avdelingene utenfor utviklingsavdelingen som er utdanning, samferdsel og personal.

Styringsgruppe:

Etter at folkehelse ble en lovpålagt oppgave for fylkeskommunen ble tidligere styringsgruppe mellom fylkesmannen og fylkeskommunen gjort om til et folkehelseråd. Dette ble utvidet med partene: NAV, Høyskolen i Buskerud, Vestre Viken Helseforetak, Frivillige organisasjoner samt til kommunerepresentanter. Se også mandat på [hjemmeside](#). Det understrekes at dette er ment å være et "råd" og ikke en styringsgruppe. Ledelsen og sekretariatet for rådet er hos fylkeskommunen.

Partnerskap eksternt:

Regionale partnerskap:

Formelle avtaler med følgende frivillige organisasjoner:

- a. Norges Røde kors, Buskerud
- b. Drammen og Omegn Turistforening
- c. Ringerike Turistforening
- d. Oslofjorden Friluftsråd
- e. Norges Pensjonistforbund, Buskerud
- f. Buskerud Idrettskrets

Fylkesmannen i Buskerud

I februar 2011 vil de bli inngått samarbeidsavtale med Vestre Viken Helseforetak.

Partnerskap med kommunene:

Pr. 20/12-2010. Partnerskapene med kommunene går ut ved nyttår. Det har vært partnerskapsavtaler med alle kommunene i fylket (21). Fylkeskommunen ønsker å avvente utforming av nye avtaler til fy folkehelselov er behandlet våren 2011.

Det vil bli fremmet en sak politisk i februar som foreslår et tilskudd til kommunene for 2011 som skal brukes til å opprettholde folkehelsekoordinator funksjonen. Dette for å sikre kontinuitet frem til samhandlingsreformen trer i kraft og eventuelle nye avtaler/samarbeidsformer er avklart. Beløpet som foreslås er i størrelsesorden 50% av partnerskapsmidlene.

Økonomi:

I tillegg til tilskuddene som nå er lagt inn i fylkeskommunens ramme, bevilger fylkestinget 2 000 000,- årlig.

Tilskudd fra helsedirektoratet til frivillige organisasjoner for lavterskel fysisk aktivitet (500 000,-)

Tilskudd fra Helsedirektoratet til videreutvikling av frisklivstilbudet i kommunene (I 2010 420 000,-)

Frisklivssentraler:

15 kommuner har frisklivssentraler. Alle har tilbud om frisklivsresepten, mens noen har åpne tilbud på lavterskel aktiviteter, aktiviteter for spesielt utsatte grupper (innvandrere, psykiatri/rus, med mer). Det pågår utviklingsarbeid i noen av kommunene i forhold til friskliv for ungdom. Fylkeskommunens rolle er her koordinator og pådriver.

Fylkeskommunen tilbyr kompetansetiltak for friskliv og har eget nettverk for frisklivsledere.

Oppdatert: 22. desember 2010

4. Finnmark fylkeskommune

Nettside: <http://www.ffk.no>

Kontaktperson: Juli-Anne Staven juli.anne@ffk.no tlf. 78962103.
3. oktober startet Linn Jeanette Knudsen som folkehelserådgiver, Linn.Jeanette.Knudsen@ffk.no (Oppdatert informasjon er satt inn av Helsedirektoratet.)

Innbyggere: 73 509 innbyggere pr. 1. april 2011 (1,5 % av Norges innbyggere)
Areal: 48 637 kvadratkilometer – 15 % av Norges fastland

Kommuner: 19 kommuner. Partnerskap for bedre folkehelse i Finnmark fortsetter, 14 kommuner har undertegnet partnerskapsavtaler.

Forankring av folkehelsearbeidet:

- Fylkesplan for Finnmark
- Regionale kulturstrategier for Finnmark 2008 – 2014. Her ligger formuleringer om folkehelse i eget kapittel om idrett, anlegg og folkehelse.
- Prosess med lokal- og regionalplanstrategi er i gang. Ny regionalplanstrategi skal vedtas juni 2012.
- Jobbe med planprogram til regional plan for folkehelsearbeidet i Finnmark parallelt med regionalplanstrategi.
- Politisk behandling av folkehelsesaker i kompetanse utvalget.

Lagt innunder:

Kultur- og idrettsavdelinga. Arbeids oppgaver: Folkehelse, kulturpolitikk, spillemidler, barn og unge, frivillige organisasjoner, idrett og friluftsliv, og rådet for likestilling og funksjonshemmede.

Arbeidsoppgaver nå:

Finnmark fylkeskommunen skal ha fokus på målretta folkehelsearbeid i kommune og veilede kommunen i forhold til følgende arena og tiltaksområder.

	Folkehelsefremmende				
Arena	Barnehager	Skoler	Arbeidsplasser	Nærmiljø/Fritid	Omsorgssenter
Virke- midler	Kommunale planer Virksomhetsplaner Partnerskapsavtaler Nettverkssamlinger Kommunebesøk				
Tiltaks- område	Nærmiljø, sykkel- og gangsti, samferdsel, fysisk aktivitet, kosthold, tannhelse, tobakk, HMS, Oversikt over helsetilstand				
Tiltak på kommune- nivå	Frisklivssentraler og Frisklivstilbud. Lavterskel fysisk aktivitet, Utstyr-sentraler, Treningsskompis, Bra Mat kurs, FRI, forebyggende tannhelse, Folkehelse i Plan				
Regionalt	Folkehelseforum, Planstrategi, Finnmarksstatistikk				

Arbeider med å samle, synliggjøre og tilgjengelig gjøre relevant statistikk for folkehelseområdet. Finnmarksstatistikken: <http://www.ffk.no/fakta/statistikk>

Målene er langsiktige og bør arbeides inn i regional plan for folkehelse:

- Å øke andelen fysisk aktive
- Å øke gjennomføringen av videregående utdanning
- Å øke deltakelse i yrkeslivet
- Å redusere nyrekruttering til tobakksbruk
- Å øke andelen barn uten karieserfaring
- Å veilede kommuner i planprosesser

Resultatmål:

- At vi etablerer frisklivssentraler i kommuner i Finnmark
- At vi etablerer utstyrssentraler i kommuner i Finnmark
- At kommunene inkluderer folkehelse i kommuneplaner
- At vi tilbyr pedagogiske virkemidler til kommunen innen kost- og ernæring, tobakksforebygging og fysisk aktivitet.

Hvor mange folkehelseansatte:

2 folkehelserådgiver fra februar 2010.

Partnerskap internt:

Folkehelseforum; 1 en representant fra hver avdeling i fylkeskommunen. Møter hver måned.

Partnerskap eksternt:

- Partneravtale om folkehelsesamarbeid med Fylkesmannen.
- Helse-Nord: prosjekt med de tre nordligste fylkeskommuner/fylkesmenn om å utarbeide Helse-atlas for Nord-Norge. Har hatt for-prosjekt. Bearbeidet en del statistikk, prosjektet i gang 2011.
- Ny mulig satsing sammen med de tre nordligste fylkeskommunen og Helse-Nord: "Et friskere Nord Norge". Prosjekt rettet mot innaktivitet, overvekt og diabetes. Videre engasjement i prosjektet skal opp i fylkestinget i juni 2011.
- En rekke regionale samarbeids partnere:
 - Finnmark idrettskrets.
 - Høgskolen i Finnmark
 - NAV
 - Helse-Nord
 - Helse-Finnmark
 - Finnmarkseiendommen (FeFo)
 - Forum for natur og friluftsliv
 - NJFF
 - Kreftforeningen
 - NHO
 - Norges diabetesforbund++

Økonomi:

- I 2010 fikk kommunen kr.100 000,- til bredt anlagt folkehelsearbeid og 55 000-60 000,- til lavterskel aktivitet i regi av lag og foreninger. Alle partnerskapskommuner skal ha folkehelsekoordinator, stillingsprosent varierer 20-100 %.)
- I 2011 får kommunene tilskudd på kr.60 000,- til utstyrssentral. Partnerskapskommunen vil motta kr. 45 000,- i lavterskel midler til fysisk aktivitet og friluftsliv i regi av lag og foreninger. De kommunene som ønsker å gjennomføre tannhelsetiltak i barnehager får tilskudd på kr.50,- pr. barn.

Inntekter	Beløp
FFK ramme-tilskudd	950.000
Egne friluftslivs-midler	100.000
SH-dir: Lavterskel-midler til fysak	600.000
Frisklivs-sentraler	394.764
MD	264.000
Totalt	2 308.764

Utgifter	Beløp
Tilskudd Kommuner:	
Lavterskel midler til fysisk aktivitet i regi av lokale lag og foreninger	630.000
Utstyrssentraler	600.000
Tannhelseprosjekt i barnehager	10.000
Frisklivsentraler	400.000
Tilskudd Friluftsliv DN (regi lag og foreninger)	264.000
Friluftsliv UU(kompetansemidler)	100.000
Nettverkssamlinger og kompetanseheving kommuner	120.000
Administrasjon(reiser, kurs, konferanser)	100.764
Tilskudd regionalt	84.000
Totalt	2 308.764

Lønnsmidler er ikke iberegnet.

Frisklivssentraler: 4 kommuner som er i etableringsfasen.

Sentrale linker: <http://www.ffk.no/prosjekter/folkehelse>

Vi er på facebook: <http://www.facebook.com/Friskere-Finnmark/>

Oppdatert: Mai 2011

5. Hedmark Fylkeskommune

Nettside: <http://www.hedmark.org/>

Kontaktperson: Randi Wahlsten, randi.wahlsten@hedmark.org

Telefon 62 54 4536, Mobil 99249357

Innbyggere: 190 528

Kommuner: 22

Forankring av folkehelsearbeidet:

Folkehelse har gjennom flere år vært forankret i Fylkesplan og Regionalt utviklingsprogram. Det er utarbeidet en strategisk plan for samarbeid med fylkesmannen om folkehelsearbeidet t.o.m. 2010. Folkehelse vil inngå som tema i prosessen for utvikling av en ny regional planstrategi. Folkehelse er forankret i forprosessen til Regional Planstrategi :”Regionalt Framsyn”.

Lagt innunder:

Folkehelse er lagt til Strategisk stab (tidligere Planstab) hos Fylkesdirektøren (Hedmark har parlamentarisme slik at Fylkesdirektør = Fylkestrådmann).

Arbeidsoppgaver nå:

Kosthold barnehager generelt - undersøkelse av 236 barnehager gjentatt fra 2005, Prosjekt Sunne kantiner i den videregående skolen (vgs) 2 årlige samlinger 40 kantineansatte (3.året), Kantineundersøkelse i videregående skole (forrige 2007), Folkehelsegrupper i den videregående skole, - årlig samling med 70-90deltakere - 6. gang, Plan for Sukkerkrigen 2010, 6. året med vekt på vann, frukt og grønt på idrettsarenaer og andre møteplasser, Ungdomshelseundersøkelsen 10. klasser i Hedmark (gjentatt fra 2001, Østfold gjennomførte undersøkelsen i 2008), trykking av rapport og formidling av resultater til kommuner og ungdom høsten 2010. Utvikling av Mestringskurs i samarbeid med Nasjonalforeningen i tilknytning til levevaner og smerte, ”Bra Mat” kurslederkurs 2010-5 kurs, statistikkformidling, kommuneplaner – planprogram tilbakespill i planprosesser, Treningskontaktkurs 30- 40 deltakere i Tynset, Universell utforming og folkehelse, Pilotfylke sammen med Oppland, Sykkelby Hamar og Kongsvinger, Walk to School uke 40 /Gå Buss aksjon Løten i samarbeid med Trygg trafikk og Hedmark Trafikksikkerhetsutvalg. Fiskesprell 40 barnehager 2009/2010 og 40 barnehager 2010/2011. Tobakkundersøkelse i vgs høsten 2010 i samarbeid med Kreftforeningen og Nasjonalforeningen. Aktiviteter knyttet til Verdensdagen for psykisk helse. Interregsamarbeid om Rus. Samling/inspirasjonstur for partnerskapskommunene høsten 2010 under planlegging. Pilotprosjektet ”Bæssfar og Bæssmor- ta meg med ut på tur!” med det fylkeskommunale rådet for eldre.

Hvor mange folkehelseansatte:

Randi Wahlsten, rådgiver folkehelse, randi.wahlsten@hedmark.org;

Kari Gjestvang, konsulent folkehelse 50%, kari.gjestvang@hedmark.org

Ola Johan Basmo, prosjektleder 40% ”Enkelt å velge”, ola-johan.basmo@hedmark.org

Sissel Løkra, prosjektmed, Fiskesprell deltid
Hilde Karine Nyhuus, prosjektmedarbeider Fiskesprell deltid

Partnerskap internt:

Enheten Kultur og kompetanse: Lars Gotås, rådgiver idrett, fys.akt. friluftsliv.
Tannhelsetjenesten: Arnhild Sunde Seim, rådgiver helsefr. arbeid.
Samferdsel, miljø og plan: Øystein Sjølie, rådgiver UU og samferdsel.
Videregående opplæring: Anne Lise Fredriksen/Line Schonhowd rådg.
Kommunikasjonsstaben: Erik Johnsen/Gaute Moen; leder/rådgiver
Strategisk stab: Ny medarbeider som bl.a. skal arbeide med statistikk og påvirkningsfaktorer helse.

Faste teammøter med enhetene. Ukentlig med Tannhelsetjenesten og Videregående skole, hver 14 dag med Kultur og kompetanse, etter behov med Samferdsel miljø og plan.

Fagnettverk:

Folkehelsenettverket er i utformingsfasen med prøving og feiling. Fagnettverket har 4-6 møter årlig. Det er to hovedgrupper: Levevaner og mestring (kosthold, psykisk helse, tobakk, rus, fysisk aktivitet, friluftsliv) og Plan og påvirkningsfaktorer (Kommuneplan- planprogram, UU, Trygge lokalsamfunn, Vold i nære relasjoner). Fylkesmannens ressursgrupper er nå inkludert i fagnettverket for folkehelse.

Styringsgruppe:

Det er ikke egen styringsgruppe da arbeidet er integrert i linjen og ikke prosjektorganisert.

Partnerskap eksternt:

19 av 22 kommuner deltar i folkehelsepartnerskapet. Kr. 50.000 tildeles hver kommune mot minimum 20% folkehelsekoordinatorfunksjon, det kan søkes om prosjektmidler i tillegg. Forpliktende samarbeid med Kreftforeningen, Nasjonalforeningen for folkehelse, Hamar og Hedemarken Turistforening, KoRusØst, Storhamar Dragons, Storhamar Håndball, Ham Kam, Elverum håndball, Hamar Naturskole. Trygg Trafikk, Hedmark trafikksikkerhetsutvalg.

Økonomi:

Tildelt 2010: statlige midler kr. 500.000 lavterskeltiltak fysisk aktivitet, prosjektmidler lavterskel fysisk aktivitet, kosthold tobakk – beløp ikke avklart.
Egne midler: kr. 3.829.000.

Frisklivssentraler:

Tildelt lavterskelmidler til enkelte kommunale frisklivssentraler.

Oppdatert:

6. Hordaland fylkeskommune

Nettside: www.hordaland.no/folkehelse

Kontaktperson: Sigrun G. Henriksen, sigrun-g.henriksen@post.hfk.no, 55239291

Innbyggere: ca 479 000

Kommuner: 33 kommuner

Forankring av folkehelsearbeidet:

I regional planstrategi "Hordaland skaper verdier 2010 – 2012", hvor folkehelsearbeidet er et av fem satsingsområder i planstrategien. Oppstart av planprogram for regional plan for folkehelsearbeidet i Hordaland senhøstes 2010. Planarbeidet startes i juni 2011 og planen skal vedtas i juni 2012. Planen skal bygge på kunnskap om utfordringer i fylket og forankres bredt i befolkningen gjennom medvirkningsprosesser.

Lagt innunder:

Regionalavdelinga, utviklingsseksjonen.

Folkehelseansatte:

Sigrun G. Henriksen, folkehelsekoordinator. I tillegg er det 1,5 stilling vakant for tiden. Spesialrådgiver, Ingrid Vaksdal Brattabø arbeider i full stilling med folkehelsearbeid innen tannhelsetjenesten. Idrettsseksjonen arbeider under visionen "Aktiv kvar dag". Opplæring har prosjekter gående relatert til Ny giv (frafallforebygging). Vi samarbeider om tiltak med alle avdelingene og fylkesrådene om arbeidet.

Arbeidsoppgaver nå:

1. Utvikle og drifte partnerskap for folkehelse. Partnerskapet har ingen styringsstruktur ennå, et arbeid som prioriteres å få på plass gjennom planprosessen i 2011.
2. Utarbeide regional plan for folkehelsearbeidet i Hordaland. Planprogram var vedtatt i mai 2011 og planarbeidet har så vidt startet opp. Planen skal vedtas i fylkestinget i juni 2012.
3. Starte kartlegging av befolkningens helsetilstand. Hordaland startet arbeidet allerede våren 2010, men stoppet opp i påvente av den nasjonale gruppens anbefalinger. Da disse ikke er kommet vil vi ta opp tråden parallelt med planprosessen for å gjøre den mest mulig kunnskapsbasert. Knyttes og til den regionale planstrategien.
4. Planlegge å restarte intern samordning av folkehelsearbeidet. Arbeidet var organisert i en folkehelsegruppe. Gruppen har lagt i dvale grunnet flere forhold blant annet manglende mandat i gruppen. Gruppen planlegges restartet våren 2011.
5. Oppfølging av alle oppgaver relatert til samhandlingsreformen.
6. Samordne, koordinere behandling av regionale og statlige tilskudd, samt regional tiltaksutvikling innen folkehelse og friluftsliv. Dette gjør vi i godt samarbeid med idrettsseksjonen her.

7. Oppfølging av Frisklivsentralsatsingen i Hordaland, Fiskesprell, og Helse i plan. Mange kommuner er nå i ferd med å utvikle frisklivstilbud enten alene eller i interkommunalt samarbeid.

Partnerskap innad i fylkeskommunen:

Folkehelsegruppe: Administrativt personell, rådgivere og saksbehandlere fra Organisasjonsavdelinga, Opplæringsavdelinga, Samferdselavdelinga, HMS, Regionalutviklingsavdelinga, Kultur og idrett, og Tannhelse. Gruppen har ingen myndighet eller mandat men har fungert som informasjonskanal for arbeidet samt til samordning innad. Arbeidet i gruppen har lagt nede det siste året men skal utvikles og restarteres i gjennom planarbeidet.

Partnerskap for folkehelse:

Til sammen er 18 av 33 kommuner med i partnerskapet som er raskt voksende. Kommunen som er med er: Askøy, Austevoll, Austrheim, Bergen, Eidfjord, Fusa, Kvam, Kvinnherad, Masfjorden, Odda, Samnanger, Stord, Sund, og Ullensvang, Voss og Øygarden. I tillegg består partnerskapet av Fylkesmannen, Bergen Turlag, Friluftsrådet Vest, Bergen og Omland friluftsråd, Hordaland idrettskrets, Nasjonalforeningen for folkehelse og Helse-Bergen.

Mange flere kommuner er nå i ferd med å bli partnere. Mål at alle skal bli med i partnerskapet innen utgangen av 2012. Partnerskapskommuner får tildelt kr 150 000 i stimuleringsmidler i 2011, med krav om tilsvarende sum fra kommunene til ansettelse av folkehelsekoordinator i minst 40 % stilling. De frivillige organisasjonene går 50 000 etter samme ordning. Ordningen vil bli revurdert i løpet av året og sett i sammenheng med samhandlingsmidler og styringsstruktur for partnerskapet. Partnerne blir prioritert når midler til folkehelsearbeidet lyses ut. I tillegg har vi uorganisert samarbeid med kunnskaps-institusjoner som Høgskolen i Bergen og Universitetet i Bergen på en rekke områder, blant annet forskning, gjennom praksisplassering av folkehelse- og helse- og sosialstudenter og gjennom samarbeidsprosjekter som for eksempel evalueringer av folkehelsearbeid og tiltak.

Styringsgruppe:

Ikke på plass, verken for partnerskapet eller folkehelsearbeidet (politisk) generelt. Saker går til alle utvalgene, hovedsakelig til opplærings- og helseutvalget og fylkesutvalget. Opplærings- og helseutvalget er styringsgruppe for planarbeidet.

Involvert i:

Partnerskap for folkehelse i Hordaland	Folkehelsegruppen	Fiskesprell
Helse i plan	Planforum	Fylkestrafikksikringsrådet

Økonomi:

Rammetilskudd: Ca 4,2 mill fra rammetilskuddet, en rådgiverstilling finansieres over rammetilskuddet dvs ca 3,5 mill til rådighet i 2011. Ca 500 000 brukes til tiltak etter søknad og om lag 3 millioner går som stimuleringsmidler til kommunene og de frivillige organisasjonene som er i partnerskapet.

Statlige midler til:

- a. Fysisk aktivitet i frivillige organisasjoner kr 600 000.
- b. Midler til Frisklivssatsing, ca 427 000.
- c. Fiskesprellmidler, kr 200 000 til 84 barnehager i 2011.

Fylkeskommunen driver folkehelsearbeid gjennom alle sine avdelinger men verken tiltakene eller økonomien er samordnet ennå. Overslag gjort for 3 år siden viste at budsjett til folkehelse relaterte tiltak var over 10 millioner kroner. Denne summen er nok betydelige høyere i dag.

Frisklivssentraler:

Ingen foreløpig men ca 15 kommuner er i utviklingsfasen nå.

Sentrale linker:

www.hordaland.no/folkehelse, <http://www.hordaland.no/folkehelseplan>

Oppdatert: 23. juni 2011

7. Møre- og Romsdal fylkeskommune

Nettside: www.godhelse-mr.no

Kontaktpersoner:

svein.neerland@mrfylke.no, Telefon: 90099507 / 71258832.

Ann.helene.skare@mrfylke.no, Telefon: 95889423 / 71288275

Innbyggere: 246 772

Kommuner: 36

Forankring av folkehelsearbeidet:

- Vedtak i fylkestinget juni 2005 med etablering av Folkehelseutvalg som styringsorgan
- Fylkesplan for Møre og Romsdal 2009 – 2012 med folkehelse som gjennomgående perspektiv.
- Økonomiplan 2009-2012 med opptrapping av folkehelsepartnerskapet til å gjelde alle kommuner.

Administrativ organisering:

Egen seksjon ved navn "Folkehelse og fysisk aktivitet", som er en del av Kulturavdelinga.

Arbeidsoppgaver nå:

Koordinering og utvikling av folkehelsepartnerskapet ved navn God Helse, inkl. oppfølging av 28 partnerkommuner og 24 tilsatte folkehelsekoordinatorer.

Administrering av 4 Ressursgrupper for Korsthold, Rus, Tobakk og Fysisk aktivitet. Disse gruppene har underliggende arbeid, så som kantinekurs, prosjekt "fiskesprell", samhandling om ruspolitiske handlingsplaner, treningskontakkurs, etablering av Aktiv på dagtid med mer.

I tillegg styrer vi 2 store prosjekt, Friluftsliv i fylkesplanen/ Coast Alive og Helse i plan.

Seksjonen har ansvar for fordeling av spillemidler og rådgivning på fysisk aktivitet, samt administrerer 4 politiske utvalg: Folkehelseutvalget, Rådet for likestilling av funksjonshemma, Eldrerådet og Likestillingsutvalget.

I 2009 har vi søkt å forbedre samarbeidet med tannhelsetjenesten og hatt 5 regionale møter om samarbeid på folkehelse i kommunene.

Hvor mange folkehelseansatte:

Svein Neerland, seksjonsleder Folkehelse og fysisk aktivitet

Ann Helene Skare, rådgiver folkehelse

Siri Ask Fredriksen, rådgiver fysisk aktivitet

Petter Jensen, rådgiver fysisk aktivitet

Vegar Bellingmo, prosjektleder Friluftsliv

Åse Slatlem, rådgiver likestilling, eldre og funksjonshemma
Det vil bli lyst ut ny rådgiverstilling med hovedvekt på kosthold og helsestatistikk i 2010

Supplerende ansatte i God Helse staben som er ansatt av andre instansar:

- Ellen Cathrine Hammer, Rådgivar for lågterskel fysisk aktivitet, tilsett i samarbeid med Idrettskretsen.
- Marie Eide, Fylkessjukepleier hos Fylkesmannen
- Inger Holmeset, Folkehelsekoordinator Fylkestannlegen

Partnerskap internt:

Partneravtale om folkehelsesamarbeid med Fylkesmannen.
Samarbeid med alle avdelinger internt i Den fylkeskommunale organisasjonen om folkehelse.

Styringsgruppe:

Folkehelseutvalget, ledet av politiker.
4 politikere, KS, NHO, Helseforetaket, LO, Fylkesmann, 2 friv.org.

Partnerskap eksternt:

28 partnerkommuner (alle 36 inviteres innen 2012)
Midt- Norsk kompetansesenter for rusfaget
Idrettskretsen

Det er utstrakt samarbeid med mange aktører som ikke kan karakteriseres som partnerskap, men som allikevel er verdifullt, så som høyskolene i fylket, frivillige organisasjoner, representanter for bedriftshelsetjenester, næringsliv osv.

Økonomi:

Seksjonen har ei ramme på kr. 11 650 000. I ramma ligger også det faste årlige tilskuddet til hver partnerkommune på kr.125000.

Ramma skal økes med 1 mill fram til 2012, da alle kommunene forhåpentligvis er med i partnerskapet.

Frisklivssentraler:

Vi har lyst ut tilskudd til kommuner som vil starte opp frisklivssentraler i 2010. Vi har mottatt tilskudd fra Helsedirektoratet, samt at vi selv skyter inn midler. Totalbeløpet for tilskudd i 2010 er ca. 1 mill. Vi har ingen frisklivssentraler i vårt fylke pr. I dag.

Oppdatert:

8. Nordland fylkeskommune

Nettside: <http://www.nfk.no/>

Kontaktperson: Roar Blom, roar.blom@nfk.no tlf 75 65 04 55, mob 994 62 120

Innbyggere: ca. 237 000

Kommuner: 44

Forankring av folkehelsearbeidet:

- Gjennomgående perspektiv i Fylkesplan
- Handlingsplan folkehelsearbeid 2008 – 2011
- Godt politisk forankret

Lagt inn under:

Avdeling for folkehelse, ung og tannhelse. Enhet folkehelse.

Arbeidsoppgaver nå:

- I samarbeid med Helse Nord og Troms og Finnmark fylkeskommuner arbeides det med å etablere en større programsatsing – Et Friskere Nord-Norge, som retter seg mot utfordringene med overvekt/fedme og type-2 diabetes.
- Planlegging av en større satsing rettet mot de videregående skolene i fylket.
- Oppfølging av Handlingsplan folkehelsearbeid 2008-2011 som har 12 resultatområder med mange strategier, satsingsområder og tiltak.

Hvor mange folkehelseansatte:

10,5 (11) årsverk til å følge opp satsingsområder.

- Leder
- Regnskap og lønn
- Folkehelserådgivere (2 stillinger)
- Rådgiver Friluftsliv
- Rådgiver FYSAK/Frisklivssentraler
- Rådgiver Helsefremmende skoler
- Rådgiver Ernæring
- Rådgiver Tobakk, 50%
- Rådgiver Spillemidler
- Rådgiver Kommunikasjon/sekretariat Folkehelsealliansen Nordland
- Rådgiver Friluftsliv 50% - 2-årig prosjekt fra høsten 2011

Partnerskap internt:

Folkehelsesteamet; én representant fra hver avdeling i fylkeskommunen. Ulikt nivå på deltakende personer, alle med mandat fra avd. ledelse. 4 møter og 1 temaseminar pr. år.

(Styringsgruppe) Politisk organisering:

Parlamentarisme, fylkesråd for kultur og miljø leder avdelingen.

Partnerskap eksternt:

- Kommuner i partnerskap: 34 av 44.
- Fylkesforum for folkehelse. Todagers konferanse for alle kommuner en gang i året.
- Egne avtaler med de fleste viktige regionale aktører
- Folkehelsealliansen Nordland – etablert november 2010. Ledd i arbeidet med å bygge en sterk regional samarbeidsallianse. 21 regionale aktører har signert avtalen, 4 til vil inngå. (Arbeidstilsynet, Diabetesforbundet, Forum for natur- og friluftsliv (FNF), Friluftsrådene, Fylkesmannen, Helse Nord, de to helseforetakene i Nordland, Helse- og miljøtilsyn Salten, Universitetet i Nordland og to høgskoler, KS Nordland, Kreftforeningen, Mental Helse, Nasjonalforeningen for folkehelsen, NAV Nordland, Idrettskretsen, Nordland Røde Kors, NHO Nordland mv). Faste møter med hele alliansen, samt møter med arbeidsutvalg. Alle medlemmene i alliansen har signert en felles samarbeidserklæring med konkrete delmål.

Økonomi:

- Eget total budsjett: 20,9 mill (inkl. tilskudd til organisasjoner, ekskl. tilskudd regionale møteplasser og statlige overføringer til folkehelse, ernæring, anlegg, fysisk aktivitet, kulturhus) + stillingsbudsjett 5,7 mill.
- Kr. 150 000 i tilskudd til hver kommune med partnerskapsavtale, krav om kr. 100.000 fra kommunen, beløpet skal gå til koordinatorfunksjon. Alle kommunene skal ha folkehelsekoordinator (stillingsprosent varierer fra 20-100%). I tillegg kan det søkes om tiltaksmidler.

Frisklivssentraler:

15 kommuner har etablert FLS. Prioriteres iht. Samhandlingsreformen.

Sentrale linker:

Handlingsplan folkehelsearbeid:

<http://www.nfk.no/Filnedlasting.aspx?MId1=3836&FilId=4813>
www.nfk.no/folkehelse

Oppdatert:

15. april 2011, Hanne Mari Myrvik

3. juni 2011, Kjell Hjelle

9. Nord-Trøndelag fylkeskommune

Nettside: www.ntfk.no

Kontaktperson: kyrre.kvistad@ntfk.no, folkehelsekoordinator, 74111226, mob. 92688606.

Innbyggere: 131 842

Kommuner: 24

Forankring:

Egen komité forankret i fylkestinget – Folkehelsekomiteen i Nord-Trøndelag (styres av 3 politikere). Strategi for folkehelsearbeidet i Nord-Trøndelag 2011-2014, vedtatt av fylkestinget 3. mars 2011. Arbeidet med Regional Planstrategi er i gang satt med folkehelse som et viktig sektorovergripende tema.

Administrativ organisering:

Avdeling tannhelse og folkehelse. Folkehelse egen fagseksjon.

Arbeidsoppgaver nå:

- Ivareta sekretariatsfunksjonen for Folkehelsekomiteen i Nord-Trøndelag
- I verksettelse av vedtatt strategidokument, inkl. utarbeidelse av handlingsplan
- Videreutvikle partnerskapet med kommunene
- Fortsette arbeidet med å tilbakeføre HUNT-data til kommunene
- Program kultur og helse
- Videreføre "fiskesprell", avslutte ernæringsprogrammet Sunt & Godt
- Gjennomføre forprosjekt om kartlegging av kunnskapsgrunnlag, pågående satsinger samt forsknings- og kompetansebehov i folkehelsearbeidet lokalt og regionalt
- Videreutvikle det Midtnordiske samarbeidet om folkehelse inkl. søke EU-/InterReg-finansiering til fellesprosjektet PODD
- Medvirke i arbeidet med Regional Planstrategi
- Videreutvikle den interne kunnskapsenheten innen folkehelse og være aktive i arbeidet med implementering av ny folkehelselov.

Hvor mange folkehelseansatte:

3 årsverk - 1 folkehelsekoordinator, 1 folkehelserådgiver og 1 spesialrådgiver folkehelse.

Partnerskap internt:

Faste månedlig møte med kulturavdelinga under etablering. Rutiner på innspill på plansaker, deltar i arbeidet med Regional Planstrategi.

Styringsgruppe: Folkehelsekomiteen i NT

De viktigste regionale samarbeidsparter deltar i Folkehelsekomiteen i Nord-Trøndelag. Dette utgjør det regionale partnerskapet og er selve plattformen for en forpliktende strategi og et samarbeid med kommunene. I inneværende

fylkestingsperiode (2007-2011) består Folkehelsekomiteen i Nord-Trøndelag av tre politikere som velges av fylkestinget. I tillegg deltar i møtene representanter fra følgende institusjoner som faglig/konsultative medlemmer: Fylkesmannen i Nord-Trøndelag, Kommunenes sentralforbund (KS), Helse Nord-Trøndelag HF, Nord-Trøndelag idrettskrets og HUNT forskningssenter, NTNU. De faglig/konsultative medlemmene deltar i møtene med møte- og talerett, men uten stemmerett. Sittende fylkesråd med ansvar for folkehelseområdet deltar også i møtene med samme rettigheter. Folkehelsekoordinator er sekretær. Komiteen har eksistert siden 1985, endret navn til folkehelsekomiteen 4-5år siden. Har et egen regelverk. Vedtar avsetning til aktivitetsmidler til partnerskapskommunene, støtte til koordinatorene osv. Forvalter i tillegg en tilskuddspott til folkehelseprosjekter. Møtes 4-5 ggr/år. Beslutningsverdig gruppe som fungerer godt, men den framtidige organiseringen vil bli vurdert ifm. valg av nytt fylkesting høsten 2011. Utfordringen er å tilpasse komiteens ansvar og arbeid til det parlamentarisk system. Nye lover og økt fokus på folkehelsearbeidet gjør at en framtidig komite forventes å få et større ansvar for området.

Partnerskap eksternt:

Fylkeskommunen på vegne av folkehelsekomiteen har inngått helhetlig partnerskapsavtaler som dekker 18 av fylkets 24 kommuner hvorav noen er regionssamarbeid. 10 kommunale folkehelsekoordinatorer med stillingsstørrelser mellom 20-100 prosent. Partnerskap fylkesmann/fylkeskommune er inngått med kreftforeningen.

Kommunene får kr. 150.000,- i engangsstøtte til etablering av stillingsressurs for folkehelsekoordinator. Kommunene mottar årlig aktivitetsstøtte til folkehelse tiltak/utvikling av folkehelsearbeidet. Denne støtten varierer etter kommunestørrelse innenfor spennet kr. 40.000,- til kr 120.000,-.

Økonomi 2011:

- Fylkeskommunen: ramme på 7,4 mill, derav ca 3,1 mill. til folkehelsearbeidet i kommunene, ca 1,8 mill. til støtte HUNT forskningssenter NTNU, drift av 3 årsverk.
- Helsedirektoratet: ca. kr. 600.000,- til lavterskel fysisk aktivitet frivillige organisasjoner, ca. kr. 600.000,- til frisklivssatsing i kommunene.

Frisklivssentraler:

Under utredning og etablering i flere kommuner. Vil skje mye innen dette området i 2011.

Oppdatert: 7. mars 2011

10. Oppland

Nettside: <http://www.oppland.no/>

Innbyggere: ca 185 000

Kommuner: 26 kommuner

Forankring av folkehelsearbeidet:

Opplandsresepten, folkehelseprogram vedtatt i 2006. Nå jobber vi med ny regional folkehelseplan etter ny plan og bygningslov.

Lagt innunder:

Kultur og idrett (rådmannen planlegger overflytting til regional utvikling).

Partnerskap for folkehelse:

14 av 26 kommuner + 2 regioner er med i partnerskapet.

Regionale partnerskap er tegnet med Sykehuset Innlandet, NAV, fylkesmannen i Oppland, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Oppland idrettskrets og Øverby helsesportssenter.

I tillegg er høgskolen i Gjøvik og Høgskolen i Lillehammer samarbeidspartnere.

Folkehelseforum med aktører på ulike nivå, status og innsats avgjøres i forhold til tilknytning til Opplandsresepten. Forumet er dynamisk og vil være åpen for endringer når det er aktuelt. En til to samlinger for nettverket i året.

Styringsgruppe eller lignende:

Folkehelseforum med regionale og kommunale partnere erstattes nå av planstrategiforum som overordnet referansegruppe til plan for folkehelse. Fylkeskommunens kommunalkomité som politisk styringsgruppe. Administrativ styringsgruppe har representanter fra fylkesmann, fylkeskommune og regionale partnere.

Bemanning/kontaktpersoner:

Folkehelsekoordinator:

Ane Bjørnsgaard (ane.bjornsgaard@oppland.org), 100% stilling, tlf. 61289290

FYSAK-koordinator:

Tom Henning Hovi (Tom.Henning.Hovi@oppland.org), 100% stilling, tlf: 61289000

Helse i plan-koordinator:

Jon Halvor Midtmageli (Jon.Halvor.Midtmageli@oppland.org) 20% stilling, tlf: 61289000

Tannhelsekoordinator: Kirsti Sataslaatten (kirsti.sataslaatten@oppland.org) 20% stilling

Koordinator for helserådgivere i vg. skole: Else-Marie Bjørnstad Bergum

(Else-Marie.Bjornstad.Bergum@oppland.org)

Samarbeid innad i fylkeskommunen:

- Med videregående opplæring om helsefremmende videregående skoler og nå satsing på sunne kantiner.
- Med idrett og fysak – informasjon om nærmiljøanlegg, tilrettelegging
- Helse i Plan – folkehelse og planavdelingen – månedlige møter hvor plansaker og kompetanseheving på folkehelse-plan jobbes med.
- Med info-avdelingen for større fokus på folkehelse
- Sporadisk med reiseliv, samferdsel, kultur – inget fast netteværk internt

Satsingsområder:

- FYSAK
- Fysiotek (frisklivssentraler) med lavterskelaktivitet - treningskontakter, lag og foreninger
- Helsefremmende videregående skoler
- Helsefremmende arbeidsplasser
- Helse i Plan
- Kosthold – Sunne kantiner og Bra Mat kurs
- Tobakksforebyggende arbeid - røykesluttkurs, røykfrie kommuner og i helsefremmende videregående skoler
- Rusforebyggende arbeid - gjennom helsefremmende videregående skole og kommunenes egne satsinger
- Psykisk helse – gjennom helsefremmende videregående skole og kommunenes egne satsinger

Økonomi:

Rammetilskudd fra HOD: 1,6 millioner (er redusert fra tidligere).

Tilskudd fra fylkeskommunen: 1,8 millioner.

Størrelse på partnerskapstilskudd:

80.000 – 120 000 avhengig av kommunestørrelse (vil trolig fortsette).

Tilskudd til både Øverby helsesportsenter, Nasjonalforeningen for folkehelsen og Oppland idrettskrets for bidrag inn i fysiotek og lavterskelaktivitet.

Krav som stilles til partnerskap med kommunene:

- Organisere folkehelsearbeidet med tverrsektoriell styringsgruppe høyt opp i kommuneadministrasjonen med politiske deltagelse og representanter fra frivillig sektor.
- Eldreråd, ungdomsråd og rådet for funksjonshemmede skal tas med i saker som berører disse
- Invitere tannhelsetjenesten med i folkehelsearbeidet
- Organisere underliggende arbeidsgrupper for iverksetting av sektorielle/tverrsektorielle tiltak.
- Fortsatt avsette ressurs i administrasjonen med koordineringsansvar for arbeidet.
- Det bør avsettes ressurser min. 50 % stilling.
- Kommunale planer skal i være et sentralt arbeidsredskap. Folkehelsehensyn skal vurderes i alle planer hvor kommunen er aktiv deltaker. Det skal innarbeides rutiner for å sikre folkehelse i planleggingen.

- Gjennomføre kunnskapsbaserte tiltak
- Forankre fysiotek og lavterskeltilbud inn mot samhandlingsreformen

Krav som stilles til partnerskap med regionale aktører:

Funksjonelt samarbeid og reell funksjon inn i satsingsområdene.

Oppdatert: 23. juni 2010

11. Oslo kommune

Nettside: www.oslo.kommune.no

<http://www.helse-og-velferdsetaten.oslo.kommune.no/helse/folkehelse/>

Kontaktperson:

gunhild.bogseth@hev.oslo.kommune.no Folkehelsekoordinator (vikar for Siri Svendsen). Tlf. 95 26 66 63.

Anders.lund.haugen@hev.oslo.kommune.no

Spesialkonsulent folkehelse (engasjement). Tlf. 95 26 66 54

Innbyggere: 600 000

15 bydeler

29 etater:

Det er igangsatt en sentral etatsreform som fører til sammenslåing av flere etater, endring av struktur og generell omorganisering og flytting av fagområder og lokaler. Første vedtatte sammenslåing er vedtatt fra 1.5.2011 (Miljøetaten). Helse- og velferdsetaten er dratt inn i forbindelse med trinn to i etatsreformen, arbeidet er igangsatt og det jobbes nå med ny etatsstruktur, sammenslåing og inndeling av fagområder for alle etater under gjeldende byrådsavdeling.

7 foretak

Forankring av folkehelsearbeidet:

Folkehelseplan i Oslo - Bedre helse for flere i Oslo-, bystyresak 169/10. Gjeldende for perioden 2009 – 2012. Planen er en videreføring av forrige plan, uten endringer eller spesielle tilpasninger.

Det er igangsatt et arbeid med ny folkehelseplan som skal være gjeldende fra 2013. Bystyret har i vedtak for gjeldende plan lagt føringer med hensyn til:

- Prioritering av barn og ung
- Tverrsektoriell og tverrfaglighet

Lagt inn under:

Helse- og velferdsetaten i Oslo kommune. Vi er (pr februar 2011) midt i en sentral etatsreform hvor det gjøres vurderinger med hensyn sammenslåing eller omorganisering av etater. Det ble nylig vedtatt en sammenslåing av en rekke etater med som har betydning for folkehelsa. Den nye etaten har fått navnet bymiljøetaten og skal fra 1. mai ivareta funksjonene til tidligere; Friluftsetaten, Samferdselsetaten, Trafikketaten, Enøketaten, Idrettsetaten, Eiendoms- og byfornyelsesetaten, Miljørettet Helsevern (fra Helse- og velferdsetaten). Folkehelse er ikke inkludert inn i denne etaten. Det er spilt inn ulike muligheter og vurderinger knyttet til plassering av folkehelse i Oslo kommune. Målet og føringer på fagfeltet er å kunne byovergripende og på tvers av etater, bydeler og fagområder.

Arbeidsoppgaver nå:

- Oppfølging av gjeldende folkehelseplan.
- Utarbeidelse av ny plan. (Arbeidet igangsatt januar 2011. Utkast til plan skal foreligge 1.12.2011). Prosjektansvar.
- Utlysning av tilskuddsmidler (lavterskel, frivillige organisasjoner og partnerskapsmidler).
- Oslo Folkehelsepris. Dagen består av en seminardel og utdeling av selve prise.
- Utvikling og drifting av webside for folkehelse i Oslo.
- Oppfølging av inngått og eksisterende partnerskap. Videreutvikle disse og vurdere nye partnerskap.
- Etablere kontakter / relasjoner internt i kommunen og med eksterne aktører på folkehelse.
- Utarbeidelse en informasjonsstrategi.
- Drifte nettverk for folkehelsekoordinatorer i bydelene.
- Drift nettverk for støttekontakt ordning med tilbud om treningskontakter i bydeler.
- Delta i samfunnsmedisinsk forum (bydelsoverleger i Oslo) når det er spesielle saker som skal tas opp knyttet til folkehelse.
- Hovedmålet i 2011: struktur og forankring av folkehelse i Oslo. Ses i sammenheng med arbeidet med ny plan. Behov for å forankre arbeidet i ulike etater og fagenheter. Målet er et bredt og tverretattlig / faglig perspektiv på folkehelse.
- Oppfølging av implementering og informasjon rundt ny folkehelselov.
- Jobbe tett opp mot fagperson med ansvar for helseovervåking og helsedeterminanter. Søke å kartlegge behov for statistikk, rapporter og bruk av indikatorer.
- Helse i Plan – hvordan forankre.
- Følge opp folkehelsearbeidet på andre fagområder (barn, unge, gravide, ernæring, fysisk aktivitet, sosial, rus, tobakk etc.).

Hvor mange folkehelseansatte:

- 1 koordinator (100 % i vikariat for fast ansatt – ut juni 2011)
- 1 spesialkonsulent på folkehelse (engasjement, usikker fremtid)
- Helseovervåker, knyttet til annen avdeling og en rekke andre arbeidsoppgaver, men søker å bistå vårt arbeid i størst mulig grad, internt ikke avklart samarbeid med avdeling som sitter med helseovervåking, fagpersoner innen flere felt.

Partnerskap internt:

Vi har etablert en intern ressursgruppe på folkehelse, men denne er ikke definert som et partnerskap. Målet vårt er god dialog og kommunikasjon internt – men ikke nødvendigvis knyttet til etablering av partnerskap. Vi jobber med sammensetning og utnyttelse av faglige ressurser internt og søker å jobbe sammen. Har også etablert et eget nettverk for støttekontaktjenesten i Oslo, men tilbud om treningskontakter. Denne gruppen er internt godt forankret på aktuelle avdelinger. .

Styringsgruppe:

Det er ikke gjort noen nærmere vurdering rundt etablering av styringsgruppe for folkehelse. Vil eventuelt være et av virkemidlene som vil bli diskutert og vurdert i forbindelse med eller i ny folkehelseplan.

Partnerskap eksternt:

Har etablert enkelte partnerskap. Blant annet med Høgskolen I Oslo, Link Oslo, Oslo idrettskretes, Tannhelsetjenesten Oslo KF. Partnerskapsmodellen som strategi for videre utvikling av folkehelsearbeid i Oslo vil naturlig bli diskutert i forbindelse med ny plan for folkehelse.

Økonomi:

2.25 mill. kroner i rammen (partnerskapsmidler og spesialkonsulentstilling).

1,0 mill kroner til folkehelse (inkludert koordinator stilling).

0,6 mill kroner som utlyses til frivillige organisasjoner (tiltak innen kosthold, fysisk aktivitet og tobakk).

Eventuelt lavterskel fysisk aktivitet (avhenger av eventuelle midler fra direktoratet/ kr. 427 000 i 2010).

Oppdatert: 15. februar 2011

12. Rogaland fylkeskommune

Nettside:

http://www.rogfk.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=684&I=8223&mid=17&sid=2943&pid=17

Innbyggere: ca 430 000

Kommuner: 26 kommuner

Forankring av folkehelsearbeidet:

Folkehelse er innlemmet i Fylkesplan 2005-2009 under satsingsområdene Bærekraftig regional utvikling i samarbeid, Helsefremmende arbeid og Fysisk aktivitet. Folkehelse er i nåværende fylkesplan ikke tilstrekkelig forankret i alle relevante satsingsområder, noe som vil bli et viktig poeng i forbindelse med kommende arbeid med regional planstrategi.

Handlingsprogram for folkehelse 2006 – 2010. Det er startet opp arbeid med regionalplan for folkehelse, som igjen vil kobles opp mot arbeid med regional planstrategi.

Regionalplan for et inkluderende samfunn (folkehelse som overordnet perspektiv). Fylkedelplan for Friluftsliv, Idrett, Naturvern og kulturvern (FINK) med folkehelse som overordnet perspektiv. Fylkesdelplan for universell utforming.

Gjennom Regionalt utviklingsprogram (RUP) gir fylkeskommunen støtte til folkehelseprosjekter med regional overføringsverdi.

Tverrfaglig arbeidsgruppe på folkehelse i Sentraladministrasjonen (kultur, regionalplan, samferdsel, opplæringsavd, administrasjonsavd, kommunikasjonsavd., Tannhelse Rogaland)

Politisk forankring: Fylkesutvalget.

Organisatorisk plassering:

Lagt inn under kulturseksjonen (del av Regionalutviklingsavdelingen), faggruppe levekår. Evt. ny plassering av folkehelse i fylkeskommunen vil bli vurdert i forbindelse med arbeidet med ny regionalplan.

Partnerskap for folkehelse:

Til sammen er 12 kommuner med i partnerskap, sammen med Nasjonalforeningen for folkehelsen, Rogaland idrettskrets, alle frivilligsentralene (Frivillig Rogaland), Jæren distriktpsikiatriske senter og de 4 interkommunale friluftsrådene i fylket. Nært samarbeid med fylkesmannen, som også skriver under på alle partnerskapsavtalene som inngås.

Også samarbeid med Kreftforeningen, KS, miljørettet helsevern og Rogaland A-senter (Kompetansenter rus).

Nettverkssamlinger 2 ganger i året. I tillegg til dette (fra høsten 2010): folkehelseforum, møteplass mellom partnerne en fast dag i måneden.

Eget nettverk mhp fysisk aktivitet, som del av satsingen på fysisk aktivitet i partnerskap for folkehelse / Folkehelse Rogaland: Frisk i friluft (tilskudd til lavterskel fysisk aktivitet i kommunene). Forum for natur og friluftsliv en del av dette nettverket. 20 av 26 kommuner er med.

Styringsgruppe:

Det er opprettet en politisk styringsgruppe for regionalplan for folkehelse. Det vil være naturlig å se på den fremtidige styringsstrukturen mhp politisk og faglig forankring (faglig styringsgruppe/folkehelseforum/ressursgruppe folkehelse) i forbindelse med arbeid med regionalplan for folkehelse.

Økonomi:

Budsjettramme 2010: 4,6 mill. I tillegg kommer kr 400 000 til Frisk i friluft, og 700 000 til prosjektet Folkepulsen (idrett og folkehelse, i kulturseksjonens budsjett), øremerkede statlige tilskudd samt 1 mill til ny tilskuddsordning etablert av Fylkestinget rettet mot frivillige organisasjoner som arbeider helsefremmende.

Regionalt utviklingsprogram (RUP) gjør at midler til folkehelse reelt sett er større, da støtte til mange folkehelserelaterte prosjekter kan kanaliseres gjennom FINK-midler i RUP.

Midler brukt til folkehelse i 2009 totalt: kr. 7 234 000,-. Midler til stillinger kommer i tillegg.

I tillegg kommer tiltak i forhold til frafall i VGS (Opplæringsavdelingen, uten noe spesifikt folkehelsestempel), samt idrett (kulturseksjonen), friluftsliv (regionalplanseksjonen), sykkel (regionalplan – og samferdselseksjonen), universell utforming (1 stilling i regionalutviklingsavdelingen), mangfold (1 stilling i kulturseksjonen) og folkehelsearbeid i Tannhelse Rogaland FKF (har egen folkehelserådgiver i 50 % stilling).

Bemanning/kontaktpersoner:

Folkehelsekoordinator/rådgiver folkehelse: Ingvild Vikse Johansen,

e-post: ingvild.vikse.johansen@rogfk.no

Folkehelsekoordinator/rådgiver folkehelse: Elisabeth Wallace Haaland,

e-post: elisabeth.wallace.haaland@rogfk.no

Koordinator Frisk i friluft/rådgiver: Helga Idsøe Kloster (50% stilling),

e-post: helga.idsoee.kloster@rogfk.no

Oppdatert: Mai 2011

13. Sogn og Fjordane fylkeskommune

Nettside: <http://www.sf-f.kommune.no/sff/folkehelse.nsf/enduser?ReadForm>

Innbyggere: ca 107 000

Kommuner: 26 kommunar

Forankring av folkehelsearbeidet:

Fylkesplan 2005-2008 som varer til 2012 og fylkesplanprogrammet "Folkehelse og livsutfalding". Fylkesdelplan for idrett, friluftsliv, fysisk aktivitet, og folkehelse 2010-2013, Handlingsplan for FTU, Strategiplan for opplæring, og gjennom politiske saker. Sogn og Fjordane fylkeskommune vart godkjent som eit trygt lokalsamfunn (Safe Community) i WHO i 2005. Fylkes skal regodkjennast i 2011.

Lagt innunder:

Plan og samfunnsavdelinga. Basisteam for folkehelse er oppretta.

Partnerskap for folkehelse:

21 kommuner er med i partnerskapet. Det er også teikna partnerskapsavtalar med Nasjonalforening for folkehelsen og Sogn og Fjordane Røde Kors. I tillegg har vi forpliktande avtalar med Fotballkrinsen og Skyttarlaget i fylket. Idrettskrinsen, Forum for Natur og Friluftsliv, Kreftforening, Trygg Trafikk og 4H er andre frivillige organisasjonar som deltek aktivt. Høgskulen i Sogn og Fjordane, både helsefag og idrettsfag og Fylkesmannen er sentrale samarbeidspartar.

I styret for folkehelseprogrammet er desse representert:

Fylkesmannen, Høgskulen, Helse-Førde, Fylkeskommunen deltek med folkehelsekoordinator og fylkespolitikar som er leiar for styret. Programmet varer ut 2012.

Ressursgrupper/nettverk:

- Ressursgruppe fysisk aktivitet
- Ressursgruppe ernæring og tobakk
- Ressursgruppe rus
- Ressursgruppe for trygge, levande og inkluderande lokalsamfunn
- Nettverk for Danseverkstader
- Folkehelsegrupper i alle (13) vidaregåande skular
- Regionvise nettverk i tannhelsetenesta

Bemanning i plan og samfunnsavdelingen:

- Folkehelsekoordinator: Emma Bjørnsen, Mobil: 95819841, E-post: emma.bjornsen@sfj.no
- Seniorrådgiver i 100%
- Rådgjevar med ansvar for friluftsliv i ½ stilling
- Prosjektleder i 100% for Danseverkstadane i 2011
- Rådgjevar 100% i tidsavgrensa stilling (ut 2012). Jobbar med Trygge lokalsamfunn

- Tidsbruk frå andre stillingar: 3 rådgjevarar på plansaker, rådgjevar på GIS, rådgjevar på LUK
- Kjøp av tenester til ernæringskurs

Samarbeid og ressursbruk innad i fylkeskommunen:

- Rådgjevar for idrett og spelemidlar i 100 %, kulturavdelinga
- 2 musikkterapeutar i fulle stillingar i kulturavdelinga
- 80 % stilling som sekretær for fylkesrådet for funksjonshemma og eldrerådet, rådmannen sin stab
- Rådgjevar i tannhelse brukar ca. 70 % av sin stilling til førebyggjande arbeid
- Rådgjevar i opplæringsavdelinga brukar ca. 50 % av si stilling til oppfølging av folkehelsegruppene i vgs. + miljøkoordinatorane som er tilsett i alle skulane
- Rådgjevar i samferdsleavdelinga brukar ca. 50 % av si stilling til oppfølging av transportordningar for ungdom for å hindre ulykker
- Konsulent i samferdsleavdelinga brukar ca. 30 % av si stilling til oppfølging av transportordningar for eldre (eit prosjekt innan universell utforming)
- Sekretær for Fylkestrafikktryggingutvalet (FTU) i 50 %

Involvert i:

- Oppfølging av trygge lokalsamfunn arbeidet
- Danseverkstadetablering for ungdom (14 kommunar)
- Trygt heim for ein 50-lapp
- Lokale transportordningar for ungdom
- Sørvissskyssen (14 kommunar)
- Frå Pupp til kopp i 17 kommunar
- MER-satsing i fotballkretsen, barnehage og kantiner
- Fiskesprell
- Frisklivssentraler og Aktiv på Dagtid
- Livreddande kolleksjon – ungdomsklær med integrert refleks
- Ungdomsmusikal Sogn og Fjordane
- Kultur for eldre – prosjekt på institusjon i samarbeid med Høgskulen
- Musikterapi på asylmotak i 3 kommunar
- Etablering av friluftsråd i fylket
- Sunne kantiner i vidaregåande opplæring
- Helse i plan

Økonomi i 2010:

Staten: 1 mill til partnerskap.

Staten: 100.000 til Fiskesprell, 500.000 til lågterskeltiltak frivillige organisasjonar, 420.000 til frisklivssatsing.

Fylkeskommunen: 4,55 mill i utviklingsmidlar til folkehelseprogrammet. Til realisering av handlingsplanen for universell utforming gjev fylkeskommunen nokre mill.

Oppdatert: 7.4.2011

14. Sør-Trøndelag fylkeskommune

Innbyggere: ca 285 000

Kommuner: 25 kommuner

Kontaktperson: John Tore Vik ,tlf 73866411, e-post: john.vik@stfk.no , folkehelsekoordinator

Forankring av folkehelsearbeidet: Under utvikling men strategiplan.

Lagt innunder: Regional utvikling, Kultur, Idrett og Folkehelse.

Partnerskap for folkehelse (arbeidsmåte, samarbeid):

Fokus på frisklivssentraler. I 2006 vil en viktig oppgave være å finne en arbeidsform der den enkelte kommune blir involvert og gjennom dette utarbeide partnerskapsavtaler med kommunene i fylket. Partnerskapet per i dag består av Sør-Trøndelag fylkeskommune, fylkesmannen, Høyskolen i Sør – Trøndelag, Trondheim kommune og Fosen Regionen (Mosvik, Leksvik, Rissa, Ørland, Bjugn, Åfjord, Roan, Osen) og Byåsen videregående skole. Dronning Mauds Minde Høyskole vil bli den neste partneren.

Styringsgruppe:

2 politikere (utnevnte), fylkelegen, høgskolen, frivillige (voksne for barn, idrett), Trondheim kommunene, regionrådet.

Bemanning/kontaktpersoner:

Kontaktperson: John Tore Vik ,tlf 73866411, e-post: john.vik@stfk.no, folkehelsekoordinator. Tlf: 73 86 64 11 / 478 07 079.

Kontaktperson FYSAK: Ingrid Nelvik.

Kontaktperson fylkesmannen: Jorunn Lervik, tlf 73 19 93 09, e- post: jle@fmst.no

Samarbeid innad i fylkeskommunen:

Helsefremmende videregående skole.
Utfordre egen organisasjon.

Økonomi:

2,4 mill i 2010, så kommer partnerskapet med innstilling som vedtas politisk, +500 000 fra kulturbudsjett/regionale utviklingsmidler.

Oppdatert:

15. Telemark fylkeskommune

Nettside: www.telemark.no/folkehelse

Innbyggere: ca 168 000

Kommuner: 18 kommuner

Kontaktperson:

Anne Karin Andersen, folkehelsekoordinator, anne-karin.andersen@t-fk.no, telefon: 35 91 73 16

Forankring av folkehelsearbeidet:

- Gjennomgående perspektiv i regional planstrategi 2010-2012 – *Bærekraftige Telemark*
- Folkehelseprogram for Telemark, Strategi 2010-2012, vedtatt i fylkesutvalget

Lagt innunder: Fylkesrådmannens stab

Folkehelseansatte:

På området er det 2,6 faste stillingshjemler.

I tillegg kan det brukes inntil 50 % (timebasis) til seniorsatsinga.

- Anne Karin Andersen, 1/1 still. Leder Folkehelseprogrammet – sektorovergripende folkehelsearbeid, helseoversikter, planforankring, partnerskapsarbeid, strategi-, plan-, budsjettarbeid mm.
- Jorunn Borge Westhrin, 1/1 still. Leder av Helsefremmende barnehager og skoler, herunder Fiskesprell, jorunn.borge.westhrin@t-fk.no, telefon: 35 91 73 78
- Lene Sjølie, 60 %, sekretær, webansvarlig, datafangst helseoversikter, tilskudd mm., lene.sjolie@t-fk.no, telefon 35 91 73 21

Folkehelsestrategi 2010-2012:

- Forankring av folkehelse i virksomheter
- Helse-i-plan og helseovervåking
- Helsefremmende barnehager og skoler
- Oppbygging av friskliv/friskvern i kommunene
- Helsefremmende arbeidsplasser med fokus på nærvær
- Aktiv Senior Telemark

I tillegg kommer intern jobbing i TFK (ikke noe internt fast fagnettverk)

- Tilrettelegging for økt fysisk aktivitet (G/S og stier), friluftsliv og universell utforming

Partnerskap for folkehelse:

Partnerskap for folkehelse fra 2006-2009 (som da utgjorde Folkehelseforum Telemark) er reorganisert, ihht evalueringen som Telemarksforskning gjorde høsten 2009.

Regionalt partnerskap:

Grunnleggsdokumentet for å invitere til samarbeid er Folkehelseprogrammets strategi for 2010 – 2012. Følgende er av Telemark fylkeskommune (fylkesutvalgssak nr. 37/10) invitert til å være med i partnerskapet på fylkesnivå:

Sykehuset Telemark HF
Høgskolen i Telemark
NAV-Telemark
Borgestadklinikken v/Kompetansesenter Rus, region sør
Fylkesmannen i Telemark
Telemark Turistforening
NHO Telemark
LO
Telemark Røde Kors
Rehabiliteringssenteret AiR
Telemark Idrettskrets og Telemark fylkeskommune.

Partnerskapsavtalen ble underskrevet 30. mars 2011 og partnerskapet får mest sannsynlig funksjon som et **folkehelseråd**. Det er som vedlegg til partnerskapsavtalen utarbeidet en matrise på grunnlag av folkehelsestrategiens satsingsområder, der alle partnere er koblet på” de ulike satsingene mht eget ansvarsområde. På grunnlag av dette skal den enkeltes bidrag konkretiseres.

Det er sjeldent møter i det regionale partnerskapet, 2 – 3 pr. år.

I tillegg har vi på fylkesnivå **Folkehelseforum Telemark** som er et åpent forum og som inntil nå har vært en møtearrangør. Det har foreløpig vært lite operativt fordi partnerskapet/rådet ikke har vært formalisert før i mars i år. Neste møte er til høsten. Til å delta i Folkehelseforum har fylkesutvalget valgt 2 politikere med varamenn. Til dette forumet vil det bli utnevnt et **arbeidsutvalg** bestående av f eks representanter fra partnerskapet, fra pensjonistforbundet, FFO, KS/kommunene e.a. (Fylkesutvalgssak)

Det er ikke noen økonomiske midler spesielt avsatt verken til partnerskapet eller Folkehelseforum, da med unntak av beregnede utgifter til møter, konferanser mm.

Partnerskap med kommunene:

I 2011 er det partnerskapsavtaler med 10 av 18 kommuner alle med definert folkehelse-koordinator fra 20% til 100% stilling.

Kommunene får ut 2011 tilskudd til koordinatorstilling fra kr. 50.000 (min. 20 %) – kr. 200.000 (100 %). I tillegg gis aktivitetstilskudd fra kr. 20.000 og oppover.

Fylkesrådmannen har tatt initiativ til dialogmøter med kommunene/-regionene mht samarbeidsområder, partnerskap, virkemiddelbruk m.v. Folkehelse vil kunne være et samarbeidstema her, dersom kommunen ønsker det.

Det er lite trolig at fylkeskommunen vil gi tilskudd til stillinger i kommunene fra 2012, men mer fokusert på aktivitet – felles satsinger.

