

Marit K. Helgesen
Dawid S. Abebe
Arild Schou

Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet

Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid
settes i verk

NOVA

Velferdsforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

NIBR

By- og regionforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2015:13

**Lokal oversikt over folkehelse -
muligheter og utfordringer**

NIBR-rapport 2014:21

**Samhandlingsreformens effekt på
kommunene som helsefremmende og
sykdomsforebyggende aktør**

NIBR-rapport 2014:23

**Tilnærminger, modeller og verktøy i
oversiktsarbeidet. En
kunnskapsoppsummering**

NIBR-rapport 2014:3

**Folkehelse og forebygging. Målgrupper
og strategier i kommuner og
fylkeskommuner**

NIBR-rapport 2012:3

**Regionalt og lokalt folkehelsearbeid.
Ressurser, organisering og
koordinering. En baselineundersøkelse**

Publikasjonene
kan skrives ut fra
<http://www.hioa.no/nibr>

Marit K. Helgesen
Dawid S. Abebe
Arild Schou

Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet

Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelse i kommunene settes i verk

Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017

Tittel: Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet.
Nullpunktundersøkelse for Program for folkehelse i kommunene settes i verk.

Forfatter: Marit K. Helgesen, Dawit S. Abebe og Arild Schou

NIBR-rapport: Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-216-5 (Elektronisk)

Prosjektnummer: 3606

Prosjektnavn: Nullpunktundersøkelse. Program for folkehelsearbeid

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Prosjektet beskriver situasjonen for folkehelsearbeid rettet spesielt mot barn og unge i kommunene før Program for folkehelsearbeid i kommunene settes i gang. Det ses også på fylkeskommunenes understøttelsesarbeid.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Oktober 2017

Antall sider: 165

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO
Telefon: (+47) 67 23 50 00
E-post: post@nibr.hioa.no

Vår hjemmeside: <http://www.hioa.no/nibr>

Trykk: X-idè
Org. nr. NO 997058925 MVA
© NIBR 2017

Forord

Høsten 2016 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning, NIBR og Velferdsforskningsinstituttet NOVA, begge Høgskolen i Oslo og Akershus, i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre Nullpunktsundersøkelse før Program for folkehelsearbeid i kommunene ble satt i gang våren 2017. Programmet er regjeringens satsning for å styrke folkehelsearbeid kommunene og det har barn og unge som sine primære målgrupper.

Vi har gjennomført prosjektet som en reanalyse av Ungdata i kombinasjon med noen variable fra Kommune-Stat-Rapporteringen, Kostra og det er gjennomført en survey til kommuner og fylkeskommuner vinteren/våren 2017. Det rettes en stor takk til alle kommunale og fylkeskommunale respondenter som har vist interesse og besvart undersøkelsen.

Kontaktpersoner i Helsedirektoratet har vært Ellen Marie Paulsen og Hildegunn Brattvåg, prosjektleder ved NIBR har vært Marit K. Helgesen.

Oslo, september 2017

Hilde Lorentzen

Instituttleder

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	5
Figuroversikt	6
Sammendrag.....	8
Summary	12
1 Barn og unge i folkehelsearbeidet	17
1.1 Innledning.....	17
1.2 Program for folkehelsearbeid i kommunene.....	18
1.3 Livskvalitet	20
1.3.1 Livskvalitet, mentalt og sosialt velvære.....	21
1.4 Samstyring.....	22
1.4.1 Statens ansvar	23
1.4.2 Fylkeskommunenes ansvar.....	23
1.4.3 Kommunenes ansvar.....	24
1.5 Problemstillinger i rapporten.....	26
2 Metode	28
2.1 Innledning	28
2.2 Ungdata.....	28
2.3 Survey til kommuner og fylkeskommuner	29
3 Resultater fra ungdatabasen	33
3.1 Innledning	33
3.2 Ungdommers trivsel og livskvalitet	33
3.2.1 Analyser	35
3.2.2 Resultater.....	35
3.3 Oppsummering	40
4 Hovedutfordringer i folkehelsearbeidet	41
4.1 Innledning.....	41
4.2 Hovedutfordringer i folkehelsearbeidet.....	41
4.3 Oppsummering	45

5	Arenaer for barn og unges deltagelse	46
5.1	Innledning	46
5.2	Arenaer der barn og unge kan delta i aktiviteter.....	47
5.3	Tiltak på ulike tjenesteområder	49
5.3.1	Helsestasjon	50
5.3.2	Barnehager	53
5.3.3	Skole.....	55
5.3.4	Barn og unges fritid	57
5.4	Barn og unges medvirkning.....	58
5.5	Oppsummering	59
6	Oversikt, planprosesser og sosial ulikhet	61
6.1	Innledning	61
6.2	Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer ...	63
6.2.1	Forebyggingsiltak i kommunale planer	69
6.3	Oversikt på fylkeskommunalt nivå.....	72
6.4	Sosial ulikhet i helse	76
6.5	Oppsummering	81
7	Organisatoriske ressurser	83
7.1	Innledning	83
7.2	Aktører som tar mye ansvar i folkehelsearbeidet	83
7.3	Tverrsektoriell koordinering av folkehelsearbeidet....	87
7.4	Kommuners og fylkeskommuners kunnskap om virkingen av tiltak	93
7.4.1	Evaluering av tiltak	94
7.5	Kompetanse i kommuner og fylkeskommuner	97
7.6	Oppsummering	99
8	Samstyring	101
8.1	Innledning	101
8.2	Kommunenes og fylkeskommunenes samarbeid med eksterne på folkehelseområdet	102
8.2.1	Pedagogiske og økonomiske virkemidler i relasjonen mellom fylkeskommuner og kommuner	105
8.3	Samarbeid på fylkeskommunalt nivå.....	108
8.4	Oppsummering	113
9	Avslutning.....	114
9.1	Innledning	114
9.2	Refleksjoner rundt resultatmål	115
9.3	Kjennetegn ved tiltak.....	118
9.4	Samstyring.....	119

9.5	Psykisk helse og trivsel og rusmiddelforebygging	120
9.6	Kapasitet og kompetanse	125
9.7	Medvirkning.....	125
9.8	Noen refleksjoner over konsekvenser for politikk rettet mot barn og unge.....	126
	Litteratur	129
Vedlegg 1	Spørreskjema til kommuner	135
Vedlegg 2	Spørreskjema til fylkeskommuner	153

Tabelloversikt

Tabell 2.1:	<i>Antall kommuner som har besvart undersøkelsen og antall kommuner i gruppen, hele tall, prosent i parentes</i>	31
Tabell 3.1:	<i>Deskriptiv presentasjon av utvalget, Ungdata 2010-2016</i>	36
Tabell 3.2:	<i>To-nivå logistisk regresjonsmodell som forklarer variasjon i kommuner angående unges tilfredshet med egen kommune og egen helse, Ungdata 2010-2016</i>	38
Tabell 3.3:	<i>To-nivå logistisk regresjonsmodell som forklarer kommunal variasjon i atferd knyttet til rus- og sigarettbruk, Ungdata 2010-2016</i>	39
Tabell 4.1:	<i>Oppfatninger i fylkeskommunene om hva som er deres hovedutfordringer i folkehelsearbeidet. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	44
Tabell 6.1:	<i>Tema som inngår i oversikt, Prosent (hele tall i parentes). Flere kryss mulig. N=181</i>	66
Tabell 6.2:	<i>Tema som inngår i fylkeskommunalt oversiktsdokument. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	74
Tabell 7.1:	<i>Aktører som tar mye ansvar i folkehelsearbeidet. I prosent, hele tall i parentes. Kan sette flere kryss. N=206</i>	84
Tabell 7.2:	<i>Deltagelse i tverrsektorielle arbeidsgrupper fordelt på tjenesteområder i 2017. I prosent, hele tall i parentes. Flere kryss mulig. N=212</i>	89
Tabell 7.3:	<i>Enheter som deltok i tverrsektorielt samarbeid om folkehelse i 2014. Prosent, hele tal i parentes. Flere kryss mulig. N= 176</i>	90

Figuroversikt

Figur 2.1:	<i>Svarfordeling i fylker, prosent</i>	30
Figur 4.1:	<i>Hovedutfordringer i folkehelse- og forebyggingsarbeidet i 2017 og 2011. Prosent, Flere svar mulig. 2017: N=212, 2011: N=304</i>	42
Figur 5.1:	<i>Arenaer der det legges til rette for at barn og unge kan delta. Flere kryss mulig (Prosent, N=211)</i>	48
Figur 5.2:	<i>Aktiviteter kommunene utvikler i helsestasjonen. Prosent. Flere kryss mulig. N=202</i>	50
Figur 5.3:	<i>Aktiviteter kommuner utvikler i barnehagene Prosent. Flere kryss mulig. N=202</i>	54
Figur 5.4:	<i>Kommuners aktiviteter innenfor skole. Kan sette flere kryss. Prosent. N=197</i>	56
Figur 5.5:	<i>Aktiviteter kommunen utvikler knyttet til barn og unges fritid. Prosent. Flere kryss mulig. N =204</i>	57
Figur 6.1:	<i>Det systematiske folkehelsearbeidet</i>	62
Figur 6.2:	<i>Andel kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, 2014 og 2017- Prosent. N=2014:285 og 2017:210</i>	64
Figur 6.3:	<i>Andel kommuner som mener forhold som fremmer psykisk helse og som styrker rusmiddelforebygging er inkludert i oversikten</i>	65
Figur 6.4:	<i>Andel kommuner som oppgir at prioriteringer i oversikten har blitt fulgt opp. 2014 og 2017. Prosent. Flere svar mulig. N=2014:109 og 2017:203</i>	67
Figur 6.5:	<i>Tiltak for barn og unge i Kommunedelplan for folkehelse, Kommuneplanens samfunnsdel og Økonomiplanen. Flere kryss mulig. Prosent. N=114 og 131 og 184</i>	69
Figur 6.6:	<i>Antall fylkeskommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand, positive og negative faktorer som kan påvirke helsen og som har samlet det i et oversiktsdokument. Hele tall</i>	73

Figur 6.7:	<i>Antall fylkeskommuner som følger opp oversikten på ulike måter. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	75
Figur 6.8:	<i>Andel kommunale respondenter som mener kommunen kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. N=2017:210, 2014:272</i>	78
Figur 6.9:	<i>Andel kommuner som oppgir at fordelingsbetydning er prioritert 2014 og 2017. Prosent. Flere kryss mulig. N=2014:256-267 og 2017:197-203</i>	79
Figur 7.1:	<i>Fylkeskommunale avdelinger som arbeider med folkehelse. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	86
Figur 7.2:	<i>Andel kommuner som har strategiske tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelseområdet 2014 og 2017. Prosent. N= 2014:283 og 2017:212</i>	88
Figur 7.3:	<i>Avdelinger som deltar i tverrsektorielt utvalg i fylkeskommuner. Hele tall</i>	91
Figur 7.4:	<i>Antall fylkeskommuner som vurderer virkemidlene som svært viktige. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	92
Figur 7.5:	<i>Måter kommuner skaffer seg kunnskap om tilak virker. Prosent. Flere kryss mulig. N=201</i>	94
Figur 7.6:	<i>Andel kommuner som oppgir at det er forskjell mellom den kompetansen de har og den de trenger. Prosent. Flere svar mulig. N=212</i>	97
Figur 8.1:	<i>Kommunenenes samarbeidsmonster med eksterne aktører. Aktortype og frekvens. Prosent. N=202</i>	102
Figur 8.2:	<i>Innholdet i samarbeidet. Prosent. Flere kryss mulig. N=205</i>	103
Figur 8.3:	<i>Hva fylkeskommunen gjør for å understøtte kommuners folkehelsearbeid Hele tall. Flere kryss mulig</i>	104
Figur 8.4:	<i>Fylkeskommunens understøtting av kommunenes folkehelsearbeid. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	105
Figur 8.5:	<i>Tematisk innretning på prosjekter. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	108
Figur 8.6:	<i>Aktører som deltar i fylkeskommunens samarbeidsforum. Hele tall. Flere kryss mulig</i>	110
Figur 9.1:	<i>Kommunale arbeidsområder som styrker barn og unges mestring</i>	122

Sammendrag

Marit K. Helgesen, Dawit S. Abebe og Arild Schou

Oppmerksomhet mot barn og unge i Folkehelsearbeidet – Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelse i kommunene settes i verk

Samarbeidsrapport NIBR/NOVA 2017

Kommunesektoren ved KS og regjeringen ved Helse- og omsorgsdepartementet har gått sammen om å etablere Program for folkehelsearbeid i kommunene (programmet) som ble lansert våren 2017. Det tar form av et tiårig satsing for å styrke kommunenes langsiktige og systematiske folkehelsearbeid i tråd med Folkehelseloven. Formålet med programmet er å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet.

Denne rapporten gir en situasjonsbeskrivelse av kommunens satsning på dette arbeidet (en nullpunktsundersøkelse) før dette programmet settes i verk, og skal således bidra til at man kan studere effekten av programsatsingen på et eller flere tidspunkter i fremtiden. Hovedproblemstillinger i rapporten er:

Hva er barn og unges psykiske helsetilstand og rusmiddelbruk i dag?

Hvordan arbeider og prioriterer kommunene når det gjelder inkludering av psykisk helse og rus for barn og unge i sitt folkehelsearbeid og hvilken kapasitet har de til å gjennomføre dette arbeidet?

Hvilke former for samarbeid finnes i kommunene med fylkeskommunen, lokale og regionale forskingsinstitusjoner og kompetansesentra når det gjelder utvikling av kunnskapsbaserte tiltak og evalueringer av disse?

Kartleggingen baserer seg på flere datainnsamlingsmetoder. For det første har vi reanalysert tall fra databasen til Ungdata og koblet disse med noen variabler fra Kommune-Stat-rapporteringen (Kostrat). Videre har vi gjennomført (våren 2017) en egen

spørreundersøkelse om folkehelseiltak overfor barn og unge både på kommunalt- og fylkeskommunalt nivå. For kommunene er svarprosenten i undersøkelsen like i underkant av 50 prosent (212 av 426 kommuner har svart) og for fylkeskommunene er den i underkant av 78 prosent (14 av 18 fylkeskommuner har svart).

Tilstanden for barn og unges psykiske helse og livskvalitet

La oss først se på funnene når det gjelder tilstanden for barn og unges psykiske helse og livskvalitet som i denne studien er operasjonalisert som i hvilken grad man er fornøydhet med helsen, samt grad av ensomhet, depresjon, alkoholbruk, cannabisbruk og sigarettøyking. Et overveldende flertall (69.79 %) er fornøyd med helsen. Samtidig avdekkes det forhold som er koplet til nedsatt livskvalitet ved at 26.9 prosent rapporterer å ha vært alkoholpåvirket de siste seks måneder, 19,6 prosent har vært ensomme, at 12, 8 prosent har hatt depressive symptomer og 4,8 prosent rapporterer å ha brukt cannabis.

Vi har koplet disse dataene til noen omgivelsesvariable slik som antallet helsesøstre i kommunene, sentralitet (kommunens avstand til nærmeste senter) og om de har folkehelsekoordinatorer i mer enn 70 prosent stilling. Omfanget av personellressurser har ikke avgjørende betydning for ungdoms oppfatning av egen helse. Sentralitet, derimot slår signifikant ut: Ungdom i nokså sentralt og sentralt beliggende kommuner er fornøyd med helsen og har lavere risiko for å være alkoholpåvirket sammenlignet med ungdom i mindre sentrale kommuner. På den andre siden, har disse ungdommen større tilbøyelighet til å bruke cannabis. Ungdom fra sentrale strøk, har også større risiko for å ha depressive symptomer enn ungdom fra mindre tettbygde strøk.

Førøvrig oppfatter kommuner og fylkeskommuner «psykiske helseplager» som en hovedutfordring innen folkehelsefeltet. Det rangeres som nr. en utfordring av kommuner både i 2011 og 2017, og som en nr. to utfordring i fylkeskommuner i 2017. Rus er hovedutfordring for langt færre kommuner.

Kommunenes politikk og tiltaksportefølje for fremme av livskvalitet for barn og unge

Kommunene iverksetter en rekke tiltak for å fremme livskvalitet blant barn og unge – både indirekte og direkte. Foreldrene er viktig i det indirekte arbeidet. Kommunen styrker familier blant annet

ved å ha foreldreveiledning i helsestasjonstjenesten, barnehager og i skoler.

Det meste av det direkte arbeidet er innrettet mot rus og det arbeides spesielt for at arenaer der barn og unge ferdes skal være rusfrie. Det iverksettes også tiltak knytte til fritid og noen av tiltakene har en direkte utjavnende effekt. For eksempel vil gradert betaling i barnehage og SFO kunne ha det, der foreldre med lav betalingsevne kan få betale mindre enn andre. Også lav betaling for kulturskoleplass vil kunne ha en slik effekt.

Kommunenes og fylkeskommunenes organisatoriske ressurser

Vellykkede planprosesser kan bidra til å løfte forebygging av barn og unges problemer opp på prioriteringsstigen i kommunen. Undersøkelsen viser en stor økning, siden Folkehelseloven trådte i kraft, i andelen kommuner som har laget oversikt over helsetilstand og positive og negative faktorer som påvirker helsen. Mange kommuner har også inkludert forhold som fremmer psykisk helse i oversikten. Også i fylkeskommunen inngår oversiktsdokumentet oftest som grunnlag i planstrategien.

Videre har kommuner startet med å ta fordelingshensyn i planlegging og beslutningstaking. Dette er oppmuntrende ettersom sosial ulikhet skaper relativ fattigdom som er en årsak til at det oppstår ulikheter i helse og utfordringer for innbyggernes psykiske helse og trivsel.

Ressurser på strategisk nivå slik som folkehelsekoordinator og tverrsektorielle grupper kan også bidra til å løfte forebygging overfor denne målgruppen. Så mye som 81 prosent av kommunene oppgir at koordinatoren har mye ansvar i folkehelsearbeid og 72 prosent oppgir at de har etablert tverrsektorielle grupper. 2/3 av fylkeskommunene som har svart på surveyen har gjort det samme.

Kompetanse

Når det gjelder kommuners og fylkeskommuners kapasitet og kompetanse (ressurser og kunnskap) til å drive et effektivt forebyggingsarbeid overfor denne gruppen, har vi kartlagt ulike aspekter hos de to aktørene.

Kommunen ble bedt om å svare på hvordan de skaffer seg kunnskap om virkning av tiltak. Flest kommuner oppgir at de får inspirasjon fra samarbeid med andre kommuner, men mange finner kunnskap på relevante nettsider og benytter tilgjengelige databaser. Videre oppgir 59 prosent av dem at det er noen forskjeller i den kompetansen de mener de har og den de trenger.

For fylkeskommunene spurte vi om de har kompetanse på doktorgradsnivå. Det er det 6 av fylkeskommunene som oppgir at de har. Vi spurte også om de har kompetanse til å evaluere folkehelseiltak og 9 mener at det har de.

Samarbeid

Undersøkelsen viser også at kommuner og fylkeskommuner både har etablert samarbeidsrelasjoner seg imellom og utad mot eksterne aktører. Innholdet i samarbeidet dem imellom ser ut til å bestå i at kommunen mottar råd og veiledning, søker om tilskuddsmidler og samarbeider om kompetanseheving. Når det gjelder det eksterne samarbeidet er mye av aktiviteten rettet mot frivillige organisasjoner.

Kommuner samarbeider også mye med andre kommuner, med KoRus og med fylkesmannen. Imidlertid samarbeider de lite med, private aktører, KS og (i likhet med fylkeskommunen) med UoH-sektoren.

Resultatmål

Resultatmålene for Program for folkehelsearbeid i kommunene er spesifikke på styrking av psykisk helse og trivsel og rusforebyggende arbeid. Våre observasjoner i undersøkelsen tyder på at psykisk helse og trivsel har en sterkere posisjon enn rusmiddelforebygging som utfordring og område det utvikles tiltak på. Kommunene har arenaer og arbeider aktivt for at arenaer der barn og unge ferdes skal være rusfrie, men det er likevel færre kommuner som ser rusmiddelbruk som en utfordring i 2017 enn det var i 2011.

Summary

Marit K. Helgesen, Dawit S. Abebe and Arild Schou

Children and youth in municipal health promotion.

A baseline

Joint Report NIBR/NOVA 2017

The municipal sector by The Norwegian Association of Local and Regional Authorities, KS, and the Norwegian government by the Ministry for Health and Care Services has launched the Program for Health Promotion in Municipalities (The program) that started the spring of 2017. It is a 10-year initiative and is supposed to strengthen the long time and systematic health promotion work so it becomes in line with the 2012 Public Health Act. Children and youth are to be the main target groups for municipal projects.

This report describes the situation in municipalities before the implementation of the Program. It is a baseline and is supposed to prepare the ground for future studies of the effect of the Program. The main research questions in the report are:

What is the health state of children and youth according to mental health and substance abuse?

How do municipalities prioritise the inclusion of mental health and substance abuse in their health promotion work? What is their capacity to carry it out?

Which actors' does municipalities and county municipalities cooperate with in development and evaluation of health promotion projects? How is the cooperation carried out?

The mapping of the status in municipalities is based on several data sources. Firstly, we have reanalysed the Ungdata base and analysed these data with some variables from the Kommune-Stat-rapportering (Kostr). Secondly, we have conducted a survey, sent to both the municipal and county municipal level. The response

rate for the survey to municipalities was right below 50 (212 of 426 municipalities responded). As much as 14 of 18 county municipalities responded to the survey.

The state of children and youth mental health and quality of life

We the following, we will first look at the survey findings regarding children and youth`s mental health and quality of life. The present study operationalise this theme as to what extent children and youth is satisfied with their health, the extent of loneliness, whether or not they feel depressed, substance abuse and smoking. A majority of children and youth are satisfied with their health (80 %). At the same time challenges according to reduced quality of life are revealed and about 27 % report to have been alcohol intoxicated during the last 6 months, about 20 % report to have felt lonely, about 13 % have had depressive symptoms and about 5 % report to have been using cannabis.

We have analysed the survey data with some context variables. We have chosen the number of community nurses for children and youth, how far the municipality is located from the nearest centre, and whether or not the municipality have a public health coordinator in more than a 70 % position. We find that there is no correlation between personnel resources on the one hand and how children and youth experience their health on the other. How far their municipality they live in is located from the nearest centre, however, influence the results significantly. On the one hand, youth living in a centrally located municipality are more satisfied with their health and have lower risks of being alcohol intoxicated compared to those living in less central municipalities. On the other hand, those living in the central municipalities have higher risks of using cannabis. Youth living centrally as well have higher risks of having symptoms of depression than those living in less central municipalities.

Both municipalities and county municipalities state that mental health is a main challenge for health promotion. It is ranged as the number one most prominent challenge in municipalities in both 2011 and 2017, and as the second most important challenge in county municipalities. Municipalities range substance abuse much lower.

Policies and measures in municipalities and county municipalities to promote quality of life for children and youth

Municipalities work with a wide range of measures to promote the quality of life for children and youth. Measures are both direct and indirect. Parents are of importance in the indirect measures and municipalities strengthens families among others by offering parental guidance in maternal and child health centres, kindergartens and schools.

As for the direct measures most of them implement measures to prevent youth from using alcohol and specifically to ensure that arenas children and youth visits do not serve alcohol. The municipalities do also implement measures that level out social inequalities. Examples are differentiated payments for municipal services such as kindergartens or cultural facilities so that parents with less income can pay less for their children`s visits than others.

Organisational resources and capacities

An important capacity in Norwegian municipalities is the making of plans for the development of the local area. Successful planning processes may contribute to level problems of children and youth on the ladder of priorities. The study shows a marked rise in the percent of municipalities that have prepared health overviews since the 2012 enactment of the law on Public Health. It also shows that county municipalities are making use of health overviews as a knowledge base for prioritising in the planning strategy.

The study also reveals that municipalities have started to consider equal allocation of resources in their planning documents and decision-making. This is encouraging from a health promotion point of view as unequal distribution of wealth and income creates relative poverty, one main reason for mental illness and low quality of life for citizens.

Organisational resources at strategic level as public health coordinators or inter sectoral working groups may contribute to level prevention for our target group. 81 % of municipalities state that the public health coordinator takes considerable responsibility in health promotion work and 70 % state that they have established inter-sectoral working groups. Two thirds of county municipalities have as well established such groups.

Competence

Competence is another capacity for municipalities to strengthen their health promotion and make it more efficient. This accord both to their personnel and to the personnel' knowledge on public health and health promotion as well as other relevant aspects of the life of children and youth. We have mapped different features of knowledge with the different health promotion actors.

In the survey, we asked the municipalities to answer on how they acquired knowledge on the effect of measures they either had implemented or wanted to implement. Most municipalities states that they get inspired by cooperating with other municipalities. They as well find information on measures on relevant internet sites and by accessing databases. Moreover, about 60% of municipalities' experience that there is a deviance in the knowledge and competence they possess as compared to what they need to work with health promotion for the target groups.

We asked county municipalities if they had research competence at the PhD-level. Six of them stated to have such competence. We also asked if they had the relevant competence to evaluate health promotion measures, and two thirds of those responding to the survey answered yes.

Cooperation

The study shows that municipalities as well as county municipalities have established cooperative relations to each other as well as to external actors. The content of cooperation between the two public actors mostly consist of county municipalities giving municipalities advice and municipalities applying for financial resources from county municipalities. In addition, they cooperate on strengthening the competence on health promotion.

Municipalities cooperate with voluntary organisations and other municipalities, with regional competence centres and with the county governor. They cooperate only on a small scale with private and actors, KS, universities and university colleges.

Performance goals

The objective of the Program is to strengthen mental health and quality of life as well as on preventing substance abuse. Our observations in this study indicate that mental health and quality of

life has a stronger standing as a challenge in municipalities than prevention of substance abuse. The share of municipalities that is regarding substance abuse a challenge in their health promotion work is substantially reduced from 2011 to 2017. Nevertheless, municipalities work actively to ensure that social arenas for children and youth do not offer alcohol or any other means of intoxication.

1 Barn og unge i folkehelsearbeidet

1.1 Innledning

Regjeringen skal styrke kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet. Som en del av dette arbeidet settes Program for folkehelsearbeid i kommunene i verk. Det skal gå fra 2017 til 2027, altså i 10 år. Det er en satsning for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Det skal foregå som utviklingsarbeid som skal ta utgangspunkt i lokale utfordringer og det skal søkes forankret i kommunale planer etter plan- og bygningsloven. Konkret skal programmet fremme lokalt rusforebyggende arbeid og bidra til å integrere psykisk helse som del av det lokale folkehelsearbeidet etter folkehelseloven. Barn og unge skal være en prioritert målgruppe.

Program for folkehelsearbeid i kommunene legger vekt på at psykisk helse og rusmiddelforebygging skal ses i et folkehelseperspektiv. Dette knytter arbeidsområdene til livskvalitet og til forhold i omgivelsene som fremmer barn og unges mestring, tilhørighet, deltakelse og opplevelse av mening. Opplevelsen av livskvalitet er subjektiv og kan ikke måles ved hjelp av en spørreundersøkelse til kommuner og fylkeskommuner, for å få vite noe om dette må vi spørre barn og unge, noe som er gjort i ungdomsundersøkelsene. Det vi kan måle med vår spørreundersøkelse er hvordan kommuner og fylkeskommuner legger til rette for at barn og unge kan oppleve å ha god psykisk helse og livskvalitet, og hvordan det tilrettelegges for rusmiddelforebyggende arbeid. Vi kan peke på hvordan utvikling av lokale ressurser og styrking av mestringsbetingelser får oppmerksomhet i kommuner.

I dette kapittelet går vi først nærmere inn på selve programmet i neste avsnitt, deretter presenterer vi kort livskvalitetsbegrepet og psykisk helse i folkehelsearbeidet.

1.2 Program for folkehelsearbeid i kommunene

Programmet iverksettes i et samarbeid mellom Helse- og omsorgsdepartementet, Kommunenes interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, KS, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet. Det skal altså vare i 10 år og det skal ha barn og unge som målgruppe i et arbeid for å fremme lokalt rusmiddelforebyggende arbeid og integrere psykisk helse som del av folkehelsearbeidet etter folkehelseloven. Det er etablert en ny tilskuddsordning som har som målsetting å utvikle og utprøve metoder og tiltak i kommunene på områdene psykisk helse og livskvalitet og rusmiddelforebyggende arbeid. Metodene og tiltakene skal øke kunnskapen om virksomme, lokale tiltak. Programmet fungerer på den måten at fylkeskommuner kan søke om å bli programfylker og derigjennom få økonomiske midler i en 3-5-årsperiode. Fylkene skal ha ansvar for å rapportere på midler, de skal også samarbeide med kommuner og det er kommuner som skal komme med forslag til utvikling eller utprøving av tiltak og metoder. Arbeidet skal baseres i kommunenes utfordringsbilder. Det er ønskelig at kommuner samarbeider om prosjekter. Målsettingen med å fremme slikt samarbeid er at det kan utvikles mer gjennomarbeidede prosjekter som gir mulighet til å vurdere effekter av tiltak.

Fylkeskommunen er den aktøren som søker om å bli «programfylke» og skal i denne rollen legge opp til dialog med kommuner, forskningsinstitusjoner, kompetansemiljøer, frivillige organisasjoner og eventuelle andre samarbeidspartnere. Fylker som får midler skal etablere et samarbeidsorgan. Midlene programfylkene får tildelt skal de forvalte videre til kommunene som etablerer prosjekter i regi av programmet. Det er fylkene som utvikler kriterier for valg av prosjekter og de bør etableres på tvers av kommuner. Det anbefales at det legges til rette for et mindre antall større prosjekter som har god kvalitet.

Tiltakene kommunene setter i gang skal så langt det er mulig være universelle, dvs. at de skal nå brede grupper av barn og unge på arenaer barn og unge naturlig oppholder seg. Tiltakene det kan arbeides med innenfor denne rammen skal ikke være individuelle og de skal ikke grense opp mot behandling. Videre skal tiltak ha et element av innovasjon i seg, de skal innebære noe nytt for kommunen, og det kan bety utprøving av organisatoriske endringer eller samhandlingstiltak i den enkelte kommunen.

Program for folkehelsearbeid i kommunene legger opp til at tiltak det kan arbeides med i kommuner bør medvirke til å redusere sosiale ulikheter i psykisk helse. Eksempelene som gis på dette er at tiltakene bør bidra til nedbygging av sosiale og økonomiske barrierer for barn og unges aktivitet i fritiden. Rusmiddel-forebyggende tiltak er å etablere rusfrie arenaer, eller at det på andre måter drives rusmiddelforebyggende arbeid, for eksempel i skolen. Programmet vektlegger at tiltak skal evalueres og at fylkeskommuner bør ha som ambisjon at prosjekter delvis skal finansieres i form av partnerskap med regionale forskningsmiljøer og kompetansesentre, og at det bør gjøres et arbeid med å finne tilleggsfinansiering i egen organisasjon, gjennom regionale forskningsfond, Forskningsrådet eller andre.

Psykisk helse i folkehelsearbeidet defineres som:

Samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet med særlig vekt på mestringsbetingelser og utjevninger av sosiale helseforskjeller i psykisk helse (Helsedirektoratet, 2017).

Resultatmålene for psykisk helse er:

- innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer psykisk helse som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det
- innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og avklart eventuelle planbehov, og i 2024 har alle kommuner det
- innen utløpet av programperioden (2027) har alle kommuner økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse

Resultatmålene for rus er:

- innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer det rusmiddelforebyggende arbeidet som en del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det
- innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til bruk av rusmidler og avklart eventuelle planbehov, og i 2024 har alle kommuner det
- innen utløpet av programperioden (2027) har alle kommuner økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig rusmiddelforebyggende arbeid som en del av folkehelsearbeidet

Se også <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunene/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

1.3 Livskvalitet

Å sikre barn og unges psykiske helse er en viktig folkehelseutfordring. Den sosiale gradienten er tydelig i resultatene fra Ungdata og ungdom som oppgir at familien deres har hatt dårlig råd de siste årene er mindre tilfredse og sjeldnere fornøyd med venner foreldre og lokalmiljøet enn andre (Helsedirektoratet, 2014). Alder og lav sosioøkonomisk status er altså determinanter for psykisk helse, andre determinanter er kjønn, innvanderstatus og å leve i familie med enslig forsørger (Stenmark et al, 2015). De økonomiske betingelsene familier lever under har sammenheng med hvordan helsen utvikler seg over hele livsløpet uavhengig om det senere skjer endringer i levekårene (Stegeman og Costongs, 2012). Barn som vokser opp med foreldre som har rusrelaterte problemer er mer utsatt enn andre for å oppleve utfordringer knyttet til psykisk helse, for selv å debutere tidlig med rus og for å utvikle egne vedvarende rusrelaterte utfordringer. De har også dårligere akademiske prestasjoner enn andre barn og unge (Raninen mfl., 2015). Fra de er 12 har unge uavhengige rettigheter og de anses som sosiale aktører i egen kraft. De viktige overgangsårene fram mot voksen alder leveres likevel innenfor rammene av familie, venner, utdanning og muligens arbeid (Viner mfl., 2012), og familiens sosiale posisjon og utdanningsnivå er

avgjørende for om unge fullfører videregående skole (Sletten mfl., 2015). Lavt utdanningsnivå er bestemmende for psykisk sykdom (Dahl mfl., 2014:139) og depressives symptomer assosieres med skolevansker og det å være utsatt for forskjellsbehandling (Abebe mfl., 2015).

Barn og unges muligheter til å gjøre gode valg og derigjennom få en god helseatferd er altså sosialt bestemt. Det bredere nettverket barn og unge opererer i skaper de mulighetene som er bestemmende for tilegnelsen av god helseatferd som skal vare livet ut (Gestsdottir mfl., 2015). Det er en betydelig utfordring på lengre sikt når flere norske unge i alderen 13-18 opplever psykisk sykdom, når andelen som ikke fullfører videregående skole øker og når 10-20 prosent opplever å utvikle livslange rusmisbruksproblemer (Folkehelseinstituttet, 2014).

1.3.1 Livskvalitet, mentalt og sosialt velvære.

Begrepet om livskvalitet har to dimensjoner, en objektiv og en subjektiv. Den objektive dimensjonen ved livskvalitetsbegrepet knytter an til kulturelle og normative verdier, og til faktorer som skaper enkeltindividenes livsforhold (Exenberger og Juen, 2014; Helsedirektoratet, 2015). En konkretisering av den objektive dimensjonen kan være bolig, tilgang til tjenester og aktiviteter, samt sosiale og relasjonelle aspekter. Den subjektive dimensjonen reflekterer enkeltpersoner egne vurderinger av de sosiale forholdene de lever under (ibid.). Det er ikke alltid man ser et entil-en forhold mellom faktiske livsforhold og opplevd helsetilstand, så begge dimensjonene bør tas i betraktning for å få et bilde av totaliteten i folks livskvalitet. Livskvalitet kan dermed defineres ved bruk av begreper om individuelle erfaringer, for eksempel knyttet til faktorer som frihet, autonomi, trygghet, livsglede, helse, omsorg, mening, mestring og deltakelse, også sosial deltakelse og felleskap, samt til tilgang til natur og kultur (Helsedirektoratet, 2016b).

Begrepet om livskvalitet er knyttet til forskning om brukernes egenopplevelse av kvaliteter i hverdagen. Livskvalitet er likevel et begrep som er mye omdiskutert i forskningen. Det har vært uklarhet og diskusjon om og eventuelt hvordan livskvalitet best kan defineres og videre om det i det hele tatt lar seg forske på. Det er mange grunner til dette. Utvalget som har skrevet NOU 1991:10 'Flere gode leveår' viser til tre forhold. For det første har to svært

forskjellige forskningstradisjoner drevet med livskvalitetsforskning – den sosiologiske (sosialvitenskapelige) og den medisinske. Den sosiologiske forskningen er forankret i humaniora og søker etter kunnskap om de sammenhengene som utgjør opplevd livskvalitet, mens den medisinske har forankring i den naturvitenskapelige og i større grad søker etter forklaringer. For det andre er livskvalitet et nytt ord med dårlig forankring i de fleste språk. Mange har også en upresis forståelse av begrepet. En tredje årsak kan være at det innenfor medisin, som på mange vis har vært toneangivende innenfor helseforskning, har vært lite fokus på måling av pasientenes egenopplevelse av livet.

Det er i dag imidlertid enighet om at livskvalitet må og kan betraktes som en subjektiv opplevelse. Evnen til å mestre livet og behovet for sosial støtte er ulik fra person til person og det er individuelle erfaringer av fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle/åndelige faktorer som inngår (Helsedirektoratet, 2016b).

1.4 Samstyring

Når livskvalitet inkluderes i folkehelsebegrepet utvides det til å angå mange livsområder og det blir tydelig at folkehelse berører mange ulike typer aktører, ikke bare de offentlige. For å fange dette benytter vi begrepet samstyring. Det peker på at det har foregått en forskyvning av offentlig styring fra en tradisjonell vertikal relasjon med utgangspunkt i representative organer til styring som en dynamisk og pragmatisk aktivitet basert i horisontale relasjoner mellom offentlige, sivile og private aktører (Røiseland og Vabo, 2008). Samstyring er basert i en anerkjennelse av gjensidig avhengighet mellom aktører for å kunne realisere felles eller samfunnsmessige mål (Sørensen og Torfing, 2009). Styringen gjennomføres som en ikke-hierarkisk koordinering av ressurser fra både offentlig og privat sektor, der ressursene gis felles retning og mening i et samspill mellom de ulike aktørene. Særlig knyttet til utfordringer som folkehelse er det tydelig at ikke en enkelt aktør har tilstrekkelig oversikt, informasjon og kunnskap til å kunne utforme virkemidler for å håndtere det alene. En måte å legge til rette for felles innsats er å legge til rette for og skape mer eller mindre formaliserte former for samarbeid. Mange samarbeidsformer er mulige – alt fra kontraktsbasert partnerskap

til ad-hoc-preget samarbeid i enkeltsaker. Beslutninger fattes i forhandling (Helgesen og Hofstad, 2012). Samstyring er et begrepsmessig inntak til å fange den tverrsektorielle karakteren folkehelsearbeidet har og for å synliggjøre dette har det vært arbeidet med partnerskap der fylkeskommunene inviterte kommunene innenfor sitt geografiske område til å inngå i partnerskap med dem. Dette er tonet noe ned og vi finner flere former for samarbeid, for eksempel prosjektarbeid (Helgesen mfl., 2014a).

1.4.1 Statens ansvar

Staten styrer fylkeskommuner og kommuner gjennom en sektorisert politikk og i sin rolle som iverksettere av statlig politikk forholder fylkeskommuner og kommunene seg til en rekke særlover som styrer tjenesteproduksjonen. Det er en oversettelsesutfordring (Hofstad mfl., 2015) og en utfordring med desentralisering av dilemmaer knyttet til å føre den sektoriserte politikken sammen til et hele på kommunalt nivå og til å gjøre folkehelsearbeidet håndterbart. Styringssignalene som gis i Folkehelseloven og tilhørende reguleringer, samt fylkeskommunenes rolle som samordner, kan gi legitimitet til kommunenes oversettelsesarbeid (Helsedirektoratet, 2014:125). Å skape legitimitet vil også kreve samarbeid på kommunalt nivå og mange lover har bestemmelser om at det skal foregå samarbeid, for eksempel som opplysningsplikt, for å yte gode tjenester til innbyggerne. Samarbeid er likevel utfordrende (Schou mfl. 2014, Riksrevisjonen, 2015). Andre virksomhetsområder er mindre regulert, som samfunnsutvikling og politikk for å fremme næringsvirksomhet, men har likevel stor betydning for hvordan folkehelsen kan utvikles. Alle virksomhetsområdene kan knyttes sammen til helhetlig politikk i kommunenes arbeid med planlegging (Hofstad, 2011) og Plan- og bygningsloven anses som en sentral lov i folkehelsearbeidet (Helsedirektoratet, 2016).

1.4.2 Fylkeskommunenes ansvar

Fylkeskommunenes pådriver- og understøtterrollen er hjemlet i folkehelselovens § 21. Kommunene har en lang tradisjon for å samarbeide med fylkeskommunene på folkehelsefeltet. Fylkeskommunene har et særskilt ansvar for å understøtte

kommunenes folkehelsearbeid. Samtidig skal den bidra til regional utvikling blant annet gjennom å lage en regional planstrategi og regionplan (Helgesen og Hofstad, 2012). Fylkeskommuner har ansvar for regional samfunnsutvikling og denne rollen innebærer å skape en helhetlig og ønsket utvikling i egen region (Meld. St. 22, 2015-2016). Hofstad og Hanssen (2015) peker på at fylkeskommunenes regionale samfunnsutviklerrolle består av tre dimensjoner:

- Gi strategisk retning til samfunnsutvikling
- Mobilisere privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn
- Samordne og koordinere offentlig innsats og virkemiddelbruk

Å gi strategisk retning til samfunnsutviklingen innebærer blant annet å skape en samlet og akseptert forståelse av hovedutfordringene en region står overfor. Det innebærer også å etablere felles mål, samt gjennomføre prioriteringer knyttet til strategisk retning for utviklingen. Dette skal skje ut fra regionale og lokale forhold. I mobilisering skal blant annet planprosesser brukes som et virkemiddel, for eksempel for å skape møteplasser, etablere nettverk og partnerskap der aktører som kontrollerer ressurser kan samles. Planprosesser kan benyttes som et samordnende virkemiddel. Det regionale nivået er videre et bindeledd mellom forvaltningsnivåer og det kan bidra til å avklare eventuelle målkonflikter mellom sektorpolitikk (Hofstad og Hanssen, 2015).

Vi ser i denne undersøkelsen at planavdelingen i fylkeskommunen er aktiv i folkehelsearbeidet. Vi ser også at fylkeskommunene allerede har et utstrakt samarbeid med kommunene innenfor sitt territorium, og at det ser ut til at de planlegger å ha slikt samarbeid også i framtiden, og 12 oppgir til oss at de har planer om å søke status som programfylke, dvs. søke midler over tilskuddsordningen «Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene».

1.4.3 Kommunenes ansvar

Å fremme barn og unges psykisk helse og livskvalitet, samt drive rusmiddelforebyggende arbeid er i utgangspunktet kommunenes ansvar. Dette gjennomføres innenfor rammene av kommunenes

roller som iverksetter av statlig politikk og deres rolle som demokratisk arena der de fatter beslutninger på bakgrunn av de preferanser innbyggerne gir uttrykk for i valg og andre medvirkningsformer (Baldersheim og Ståhlberg, 2002). I begge disse rollene utøver kommunene myndighet, dvs. at de fatter beslutninger om alt fra prioriteringer av hvilken retning samfunnsutviklingen skal gå i, til fordeling av tjenester til eldre, familier og barn og unge. I begge rollene er de også tjenesteytere. I denne funksjonen har kommunene ansvaret for å yte tjenester på mest mulig effektiv måte, og de har ansvaret for å sørge for at produksjon og fordeling av tjenester foregår koordinert og samordnet. Dette kan innebære at det samarbeides mellom enheter i kommunene, eller at det etableres forskjellige typer interkommunale enheter (samarbeid etter § 27, IKS eller vertskommunesamarbeid), eller at det samarbeides med fylkeskommunen, statlige aktører som politi, aktører i markedet eller i frivillig sektor. Dvs. at kommuner og fylkeskommuner styrer sammen med andre aktører for å produsere og yte gode og effektive tjenester til innbyggerne.

I 2011 fant Tjerbo mfl. at flere tjenesteområder var involvert i det psykiske helsearbeidet for barn og unge, og at vekten først og fremst lå på helsestasjon og skolehelsetjeneste, deretter barnevern, legetjeneste og PPT. Rus- og kulturetatene var så godt som ikke involvert, mens universelle tiltak som barnehage og skole plasserte seg midt på treet. I stor grad var dette mønsteret det samme da det i 2014 ble spurt om hvilke enheter som deltar i tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. Forskjellen var at skoler plasserte seg som nr. 2 og at kultur også kom noe høyere opp som deltaker (Schou mfl., 2014).

I tillegg til at det er en målsetting at aktører skal samarbeide for å yte gode tjenester, er det ofte en målsetting at tiltak skal være universelle. Tiltak som helsestasjon/ skolehelsetjeneste, barnehage og skole er universelle tiltak. Tiltak for å se psykisk helse og rus i sammenheng for barn og unge vil i stor grad måtte være både universelle og også lavterskel, og det gjennomføres mange tiltak der dette er en målsetting. I mange tilfeller vil det likevel være nødvendig å rette oppmerksomheten mot selektive tiltak, og det kan gjennomføres ved å benytte prinsippet om «proportionate universalism». Det vil si at tiltak som rettes mot å skape rettferdighet i barn og unges utsatthet for rus og psykisk helse kan

skaleres opp og intensiveres i de tilfellene der utsattheten skaper ekstra utfordringer (Marmot, 2010; Carey og Crammond, 2015). Dette kan kalles positive selektive tiltak der målsettingen er å styrke tjenester eller tiltak til grupper eller enkeltindivider ved å legge mer eller andre typer ressurser til de universelle tiltakene.

1.5 Problemstillinger i rapporten

Denne rapporten er en kartlegging av hvordan det står til i kommunene før Program for folkehelsearbeid i kommunene settes i verk. Hovedproblemstillinger er:

- Hva er barn og unges psykiske helsetilstand og rusmiddelbruk i dag?
- Hvordan arbeider kommunene med å inkludere psykisk helse for barn og unge i sitt folkehelsearbeid? Hvordan prioriteres det?

De mer detaljerte problemstillingene vi har sett på er:

- Hva er de viktigste utfordringene for barn og unges psykiske helse og trivsel og rusmiddelbruk nasjonalt, og hva er de viktigste lokale variasjonene?
- Hvordan forstår kommune tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og trivsel og rusmiddelforebygging, og hva kjennetegner tiltak som gjennomføres i kommunene i dag?
- Hvilke former for samarbeid finnes i kommunene med fylkeskommunen, lokale og regionale forskingsinstitusjoner og kompetansesentra når det gjelder utvikling av kunnskapsbaserte tiltak og evalueringer av disse?
- Hvor mange kommuner har inkludert forhold som fremmer psykisk helse og trivsel som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven?
- Hvor mange kommuner har drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og avklart eventuelle planbehov?

- Hvilken kapasitet og kompetanse (ressurser og kunnskap) har kommunene til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse og trivsel og rusforebyggende arbeid?
- Hvordan arbeider kommuner og fylkeskommuner med barn og unges medvirkning knyttet til folkehelse og til psykisk helse og trivsel?

Gangen i rapporten er at metodespørsmål behandles i kapittel 2. I kapittel 3 gjennomføres det en reanalyse av ungdatabaset koblet med noen kommunevariabler. Kapittel 4 er en presentasjon av hovedutfordringer knyttet til folkehelsearbeid i kommunene og fylkeskommunene oppfatter at de har, mens kapittel 5 er en presentasjon av arenaer barn og unge ferdes og der kommunene gjennomfører folkehelse tiltak. Videre presenterer kapittel 6 kommunale og fylkeskommunale planprosesser og hvordan disse benyttes for å integrere folkehelsearbeid, samt arbeidet med å redusere sosiale ulikheter. Kapittel 7 presenterer kommunenes og fylkeskommunenes organisatoriske ressurser for å drive folkehelsearbeid, mens kapittel 8 presenterer og diskuterer elementer av samstyring som programmet legger opp til for kommuner og fylkeskommuner. Kapittel 9 oppsummerer og diskuterer problemstillingene.

2 Metode

2.1 Innledning

Det er brukt flere kilder til kunnskap om barn og unges psykiske helse i denne undersøkelsen. Først har vi reanalysert ungdomdata knyttet til variable på kommunenivå. Deretter er det gjennomført en spørreundersøkelse om folkehelse tiltak til barn og unge som er sendt til alle kommuner. Til sist er det sendt en undersøkelse til alle fylkeskommuner. Ungdata rapporteres i eget kapittel, mens data fra kommuner og fylkeskommuner rapporteres i de andre kapitlene.

2.2 Ungdata

Ungdata er en nasjonal undersøkelse der barn og unge i kommuner svarer på et spørreskjema. Fra 2010 til 2016 er undersøkelsen gjennomført i 375 kommuner og åtte fylkeskommuner. For 2014, 2015 og 2016 er det nær 190 000 ungdommer i alderen 13 til 19 år som har svart på skjemaet. Skjemaet handler om barn og unges psykososiale miljø og de benytter skoletid til å svare i de kommunene som deltar. Ungdata er nå en god og viktig kilde til kunnskap om barn og unges helse og trivsel på kommunalt og nasjonalt nivå. Se også ungdata.no. Det er gjennomført en reanalyse av ungdomdata for denne undersøkelsen. Her er alle ungdomsskole- og videregående skoleelever inkludert. Ungdata er her koblet med data på kommunenivå, fra Kommune-stat-rapporteringen (Kostra), administrert av SSB. Vi har benyttet variablene sentralitet som beskriver en kommunes geografiske lokalisering i relasjon til sentra av ulike størrelser, kommunestørrelse og antall ansatte helsesøstre i

skolehelsetjenesten. Sentralitet er valgt fordi det har vist seg å være utslagsgivende også i andre typer undersøkelser der kommuner er enhet. Antall helsesøstre i hele stillinger i kommunene er valgt fordi dette er en av få relevante variabler for denne tematikken som er åpent tilgjengelig i Kostra. I tillegg har vi benyttet svar på et spørsmål fra en surveyundersøkelse til alle kommuner om folkehelsearbeid gjennomført av NIBR i 2014. Der kommer det fram om kommunene har folkehelsekoordinator i 70 prosent stilling eller mer og det er interessant i seg selv å undersøke om hvorvidt kommunene har en slik ressurs slår ut for barn og unges trivsel.

2.3 Survey til kommuner og fylkeskommuner

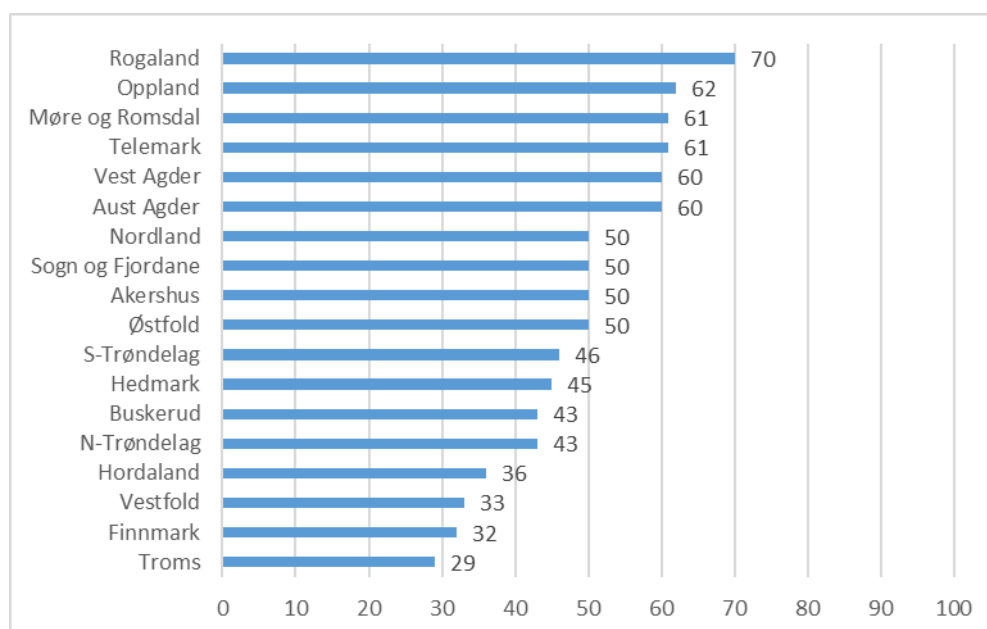
NIBR har gjennomført flere surveyer til kommuner om folkehelsepolitikk – i 2008, 2011 og 2014. I tidligere undersøkelser er det stilt spørsmål om lokal folkehelsepolitikk, hva som oppfattes som hovedutfordring, organisering av feltet i kommunene, kapasitet til å drive folkehelsepolitikk, tilknytningen folkehelsepolitikken har til planleggingsaktiviteten i kommuner og om utvikling av tiltak. Spørsmålene som ble stilt i undersøkelsen i 2008 ble i stor grad validert i litteratur som behandler folkehelsematikk. Undersøkelsen som ble sendt i 2011 ble omarbeidet en del for å kunne benyttes som nullpunktundersøkelse knyttet til iverksetting av Folkehelseloven fra 2012. Den har et fokus på kommunenes kapasitet til å arbeide med folkehelsematikk og spesielt knyttet til koordinering og ansettelse av folkehelsekoordinatorer, men den er også opptatt av sammenhengen mellom folkehelse og planleggingsaktivitet i kommunene. Undersøkelsen som ble sendt i 2014 fortsatte dette fokuset, men hadde i tillegg spørsmål som gjorde det mulig å gjøre analyser av kommunenes iverksetting av Samhandlingsreformen. Den hadde også oppmerksomhet mot innbyggere med innvandrerbakgrunn. Informasjon om de tidligere undersøkelsene kan finnes i Vestby og Hofstad (2009), Helgesen og Hofstad (2012) og Schou, Helgesen og Hofstad (2014).

Surveyen som ligger til grunn for denne rapporten bygger i stor grad på spørsmålene som er stilt i foregående undersøkelser, men har oppmerksomhet også mot arenaer der barn og unge ferdes, samt mot tiltak for å bedre psykisk helse og forebygge rus. Denne

surveyen ble sendt til 426 kommuner 1. mars 2017. Den ble sendt til postmottaket i kommunene og det ble bedt om at den ble videresendt til rådmannen som så kunne bestemme hvem som skulle svare på den. Vi har ikke spurt hvem som svarer på surveyen og kan dermed ikke si noe videre om det. Hvordan svarprosenten fordeler seg på ulike fylker vises i figur 1.1.

Som figur 1.1 viser varierer svarprosenten mellom fylker, men den er gjennomgående lav, like under 50 prosent. Undersøkelsen ble sendt ut 1. mars 2017. Ved første frist var det kommet inn 68 svar. 15 mars ble det sendt purring til 358 kommuner, da kom det inn 71 svar. 6. april ble det sendt ny purring til 287 kommuner og det kom inn 43 svar. Siste purring ble sendt 2. mai til 249 kommuner og det resulterte i 39 svar. I tillegg har Oslo kommune svart på undersøkelsen.

Figur 2.1: *Svarfordeling i fylker, prosent*



Som figuren viser er det Rogaland som har den høyeste andelen kommuner som svarer på undersøkelsen, hele 70 prosent. I den andre enden finner vi Troms og Finnmark der henholdsvis 29 og 32 prosent av kommunene har besvart undersøkelsen.

Fordelt på kommunestørrelse ser vi i tabell 1.1 at det er blant de minste kommunene at frafallet er størst relativt til antallet kommuner i størrelsesgruppen.

Tabell 2.1: *Antall kommuner som har besvart undersøkelsen og antall kommuner i gruppen, hele tall, prosent i parentes*

Antall kommuner	Besvart undersøkelsen	Totalt i gruppen
<4999	97 (41)	234
5000-9999	47 (53)	89
10000-19999	32 (57)	56
20000-34999	17 (53)	32
>35000	19 (76)	25
Totalt	212 (49,7)	426

41 prosent av kommunene med 5000 innbyggere eller færre har svart på undersøkelsen, mens andelen stiger med stigende kommunestørrelse og blant de største over 35 000 innbyggere har 76 prosent svart. Svarandelen medfører dermed at undersøkelsen er representativ for kommunene og det er kommet svar fra de kommunene som har størstedelen av innbyggerne i Norge. Knyttet til 2014-undersøkelsen er det gjort frafallsanalyse som viser at undersøkelsen er representativ for norske kommuner. For 2011-undersøkelsen kommer det fram at frafallet er størst for de minste kommunene. Undersøkelsene har ulik svarprosent, det antas likevel at det er mulig å sammenligne resultater som andeler av totale svar på undersøkelsenes forskjellige spørsmål.

Under bearbeidelsen av data fra 2017-undersøkelsen viste det seg at så mange som 9 kommuner hadde levert spørreskjema til NIBR to ganger. I den grad det også var avgitt svar to ganger, ble de manuelt samkjørt slik at responderende kommuner kun er registrert en gang. De kommunene som har svart se ut til å ha arbeidet med dette og avhengig av type spørsmål er skjemaet godt besvart. Det spores for eksempel ikke nedgang i svarprosent på slutten av skjemaet.

Heller ikke alle fylkeskommunene valgte å svare på undersøkelsen. Den ble sendt til postmottaket i 18 fylkeskommuner den 7. mars. Da kom det 5 svar. Det ble purret den 5. april, da kom det inn 6 svar. Deretter ble de skiftet strategi og undersøkelsen ble sendt direkte til folkehelseansvarlig i de resterende 7 fylkeskommunene

den 26. april. Det kom inn svar fra til sammen 14 fylkeskommuner.

3 Resultater fra ungdomdata

3.1 Innledning

Det kan være geografiske forskjeller i trivsel og livskvalitet blant unge. Å undersøke om det finnes slike er nødvendig for å kunne ta initiativet til og prioritere områdespesifikke helsefremmende strategier som for eksempel kan øke trivsel og livskvalitet eller reduserer sosial ulikhet i helse. I dette kapittelet skal vi se nærmere på noen kommunale variasjoner i trivsel og livskvalitet blant norske ungdommer. Vi ser også på hvordan kommunevariabler som antall helsesøstre i hele stillinger, om kommuner har folkehelsekoordinator i mer enn 70 prosent stilling og sentralitet, dvs. beliggenhet i nærheten av eller langt fra et større sentrum, eventuelt kan forklare variasjoner.

3.2 Ungdommers trivsel og livskvalitet

Om ungdom er tilfredse med kommunen og helse ble evaluert ved å spørre dem om å indikere på en 5-gradert skala som går fra 1 – veldig misfornøyd, 2 – ganske misfornøyd, 3 – hverken eller, 4 – litt fornøyd til 5 – veldig fornøyd. Elementene ble behandlet som binære variabler for å måle om deltakerne var stratifiserte («1») eller ikke («0»); svaralternativene 4 – litt fornøyd og 5 – veldig fornøyd ble omkodet som fornøyd og resten som misfornøyd. Depressive Mood Inventory (Derogatis mfl., 1974) ble benyttet som mål på depressive symptomer og hadde en intern konsistens på alfa 0.88 i denne studien. Her ber en respondentene rangere depressive symptomer gjennom den foregående uken på en 4-poengsskala med svaralternativene 1 – ikke i det hele tatt, 2 – litt, 3 – ganske mye og 4 – veldig. De unge oppgav hvor ofte de hadde «vært

preget eller plaget» av å «føle seg for trøtt til å gjøre noe», «ha problemer med å sovne eller sove kontinuerlig», «føle seg ulykkelig, trist eller nedfor», «føle håpløshet for framtiden», «føle seg nervøs eller anspent» og «bekymre seg for mye for ting». Hovedresultatene ble kodet fra 1 til 4 og høy skåre indikerer høy grad av depressive symptomer. For å fange opp mer alvorlige depressive symptomer, ble det benyttet en dikotom variabel der cut-off var satt på 3.0 for å klassifisere deltakere som hadde gjennomsnittlig og høy skåre (1) for depressive symptomer og de som hadde lavere skåre (0). Tidligere studier har vist at det ikke er uvanlig å finne at en del unge skårer over dette nivået også i Norge (Sund mfl., 2011; Wichstrom, 1999).

Ensomhet ble målt med et spørsmål som hadde svaralternativene 1 – ikke i det hele tatt, 2 – litt, 3 – ganske mye og 4 – veldig mye. Også dette målet ble dikotomisert der 0 ble de to første og 1 de to siste. Rus ble målt med tre variable: Alkoholbruk ble målt ved å spørre deltakere om de kunne angi hvor mange ganger de hadde drukket alkohol og der de følte seg helt klart påvirket i løpet av de siste 6 månedene. Svaralternativene rangerer her fra 1 – påvirket minst en gang til 5 som er mer enn 10 ganger. Også her ble svarene omkodet til 1 – påvirket minst en gang til 0 som var aldri. Cannabisbruk ble målt ved å spørre et spørsmål som indikerte om respondenten hadde brukt det siste år eller ikke. Sigarettøyking ble målt på en seksgradert skala som rangeres fra 0 – «har aldri røkt» til 5 «røker hver dag». Disse svarene ble omkodet til 1 – «røker minst ukentlig» og 0 «røker ikke ukentlig». Respondentene bes også om å angi kjønn og skoleklasse som en indikasjon på alder.

Disse resultatene er analysert i sammenheng med kommunevariable hentet fra Kommune-Stat-Rapporteringen (KOSTRA) som administreres av SSB. Vi benyttet sentralitet, kommunestørrelse, antall heltidsansatte helsesøstre i skolehelsetjenesten per 10 000 innbygger. I tillegg brukte vi en variabel fra en survey NIBR gjennomførte i 2014 om kommunen har ansatt folkehelsekoordinator i minimum 70 prosent stilling. Sentralitet beskriver kommunens avstand til nærmeste senter. Sentre er delt i tre knyttet til størrelse og tilgang til offentlige tjenester. Nivå 3 er regionale sentre med en befolkning på 50 000 eller mer, nivå 2 har en befolkning mellom 15 000 og 50 000 og nivå 1 har en befolkning på mellom 5000 og 15 000. For å beskrive tilgangen på arbeid og muligheter for å pendle for dem som bor i

regionene er de delt inn i fire sentralitetsnivåer der 1 er minst sentralt og 4 er mest.

3.2.1 Analyser

Data er analysert med flernivå logistisk regresjonsmodeller (blandete modeller). Denne måten å lage modeller på gjør det mulig å skille variansen mellom ulike nivåer, samt å bruke mål for å fange forhold i omgivelsene (Merlo mfl., 2006; Merlo mfl., 2005). I modellen er faktorer på individnivå betraktet som prediktorer på lavere nivå og kommunale faktorer som prediktorer på høyere nivå. Først benyttet vi en «tom» modell (Modell 1). Denne inneholdt kun et tilfeldig utvalg og bestemmer variasjonen på trivsel- og livskvalitetsindikatorerne knyttet til kommune. Dvs. at indikatorene er kun et utslag av kommune. I Modellene 2 og 3 inkluderte vi deretter individuelle- og kommunefaktorer for å måle om forskjeller på kommunalt nivå kunne forklares av disse. Det er sterk korrelasjon mellom kommunestørrelse og sentralitet og disse to variablene ble inkludert separat i modellene 2 og 3 for å unngå problemet med multikolaritet.

Sammenhenger mellom resultat, altså indikatorer for trivsel og livskvalitet, og kommunefaktorer ble analysert ved bruk av odds ratio (OR, 95 CI%) i flernivå regresjonsanalyser. Variasjon på kommunenivå ble kodet til å måle variasjon på trivsel og livskvalitet på tvers av forskjellige kommuner som ikke ble forklart av de antatte prediktorene. Når variasjonen for kommunenivå er mindre enn 5 prosent, kan det anses som en liten variasjon mellom kommuner.

3.2.2 Resultater

Tabell 3.1 presenterer deskriptive resultater for deltakere, 49 prosent gutter og 51 prosent jenter. Hvert klassetrinn i ungdomsskolen var om lag likt representert og om lag 2/3 representerte ungdomsskolen, mens 1/3 representerte videregående skole. Nesten 2/3 kommer fra sentrale kommuner og nesten 1/3 av dem igjen kom fra en kommune med en befolkning på mer enn 49 000. Kun 35 prosent kom fra en kommune med folkehelsekoordinator i mer enn 70 prosent stilling.

Tabell 3.1: *Deskriptiv presentasjon av utvalget, Ungdata 2010-2016*

Variabler	N	Prosent
Kjønn		
Gutt	159,949	50.04
Jente	159,680	49.94
Klassetrinn		
8	70,228	22.27
9	69,333	21.98
10	72,273	22.91
VG1	56,654	18.06
VG2	31,559	10.01
VG3	15,054	4.77
Sentralitet		
Minst	24,890	8.00
Mindre	20,292	6.53
Litt sentralt	56,487	18.18
Sentralt	209,315	67.31
Kommunestørrelse		
< 9,999	66,367	21.34
10,000-49,000	140,408	45.15
>49,000	104,209	33.51
Hel stilling helsesøster – M (SD)	10.00	17.30
Bor i kommune med folkehelsekoordinator	81,862	35.07
Fornøyd med kommunen	211,318	68.2
Fornøyd med helsen	202,945	69.79
Ensomhet	54,223	19.60
Høyt nivå av depressive symptomer	33,238	12.79
Alkoholpåvirket siste seks måneder	86,123	26.90
Cannabisbruk siste år	14,578	4.85
Sigarettrøyking ukentlig	11,948	3.96

N = antall; M = mean; SD = standardavvik

Tabell 3.1 viser at om lag 2/3 av respondentene var fornøyde med kommunen sin og med helsen. Om lag 20 og 13 prosent respektive, rapporterte ensomhet og et høyt nivå av depressive symptomer. Bruk av alkohol i løpet av de seks siste måneder, samt cannabis det siste året og røyking siste uke ble rapportert av henholdsvis 27, 5 og 4 prosent.

I tabellene 3.2 og 3.3 presenterer vi resultater fra flernivå logistiske regresjonsanalyser. Resultatene for modell 0 i tabell 3.2 og 3.3 viste at det kun er en liten variasjon (mindre enn 2 prosent) mellom kommuner i spørsmålet om ungdoms fornøydhets med kommunen de bor i og egen helse, og høyt nivå av depressive symptomer og ensomhet. Resultatene i modell 0 i tabell 3.3 viser at rusatferd varierer moderat, men signifikant mellom kommuner. Det er 12 prosent variasjon for alkoholpåvirkning, 9 prosent for cannabis og 6 prosent for å røyke daglig. Resultatene i tabell 3.3 modell 1 og 2 viser at å legge til kommunevariable bidro til å forklare restheterogeniteten i rusatferd mellom kommuner. Særlig ser vi at variansen mellom kommuner ble redusert fra 12 til 5 prosent for alkoholpåvirkning og fra 9 til 4 prosent for cannabisbruk.

Tabell 3.2: *To-nivå logistisk regresjonsmodell som forklarer variasjon i kommuner angående unges tilfredshet med egen kommune og egen helse, Ungdata 2010-2016*

	Fornøyd med egen kommune			Fornøyd med egen helse		
	Model 0	Model 1	Model 2	Model 0	Model 1	Model 2
Mål på sammenheng (aOR, 95% CI)		aOR (95 CI%)	aOR (95 CI%)		aOR (95 CI%)	aOR (95 CI%)
Antall hele helsesøsterstillinger		1.00(0.98-1.01)	1.00(0.98-1.01)		1.00(0.99-1.01)	1.00(0.99-1.01)
Har folkehelsekoordinator		0.99(0.91-1.07)	0.98(0.89-1.07)		0.99(0.92-1.04)	0.99(0.94-1.04)
Sentralitet						
Minst		1.00	-		1.00	-
Mindre		1.10(0.96-1.26)	-		0.97(0.89-1.06)	-
Litt sentralt		1.13(1.01-1.25)*	-		1.08(1.01 - 1.16)*	-
Sentralt		1.11(1.01-1.23)*	-		1.07(1.01-1.14)*	-
Kommunestørrelse						
< 9,999		-	1.00		-	1.00
10,000-49,000		-	1.03(0.95-1.12)		-	1.08(1.00-1.10)*
>49,000		-	1.19(0.98-1.45)		-	1.08(0.97-1.17)
Variasjon						
SD (se)	0.059(0.005)	0.052(0.006)	0.053(0.006)	0.015(0.002)	0.013(0.002)	0.015(0.002)
Var in %	1.77%	1.55%	1.59%	0.46%	0.40%	0.44%

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

SD = standard avvik; SE = standard error; aOR = adjusted odds ratio; CI = konfidens intervall; Var= variasjon i prosent mellom kommuner.

Mål i modellene 1 og 2 er tilpasset kjønn og klasstrinn (alder).

Tabell 3.3: *To-nivå logistisk regresjonsmodell som forklarer kommunal variasjon i atferd knyttet til rus- og sigarettbruk, Ungdata 2010-2016*

	Alkoholbruk			Bruk av cannabis			Sigarettøyking		
	Model 0	Model 1	Model 2	Model 0	Model 1	Model 2	Model 0	Model 1	Model 2
Mål på sammenheng (aOR, 95% CI)		aOR (95 CI%)	aOR (95 CI%)		aOR (95 CI%)	aOR (95 CI%)		aOR (95 CI%)	aOR (95 CI%)
Antall hele helsesøsterstillinger		0.99(0.98-1.01)	0.99(0.98-1.01)		1.00(0.99-1.01)	1.00(0.99-1.01)		1.00(0.99-1.01)	1.00(0.99-1.01)
Har folkehelsekoordinator		1.02(0.88-1.22)	1.05(0.90-1.22)		1.01(0.91-1.18)	0.96(0.81-1.14)		0.87(0.75-1.04)	0.88(0.74-1.04)
Sentralitet									
Minst		1.00	-		1.00	-		1.00	-
Mindre		0.85(0.68-1.07)	-		1.01(0.76-1.32)	-		1.23(0.93-1.62)	-
Litt sentralt		0.73(0.62-0.89)**	-		1.26(1.01-1.57)*	-		1.08(0.86-1.35)	-
Sentralt		0.82(0.70-0.98)*	-		1.67(1.37-2.05)***			1.16(0.93-1.44)	
Antall innbyggere									
< 9,999			1.00	-		1.00		-	1.00
10,000-49,000			0.92(0.79-1.06)	-		1.38(1.17-1.62)**		-	1.05(0.85-1.23)
>49,000			0.89(0.63-1.26)	-		1.90(1.32-2.72)**		-	1.26(0.99-1.81)
Variasjon									
SD(se)	0.454(0.036)	0.168(0.019)	0.178(0.020)	0.316(0.033)	0.153(0.024)	0.172(0.026)	0.212(0.023)	0.175(0.025)	0.174(0.025)
Var i %	12.12%	4.88%	5.14%	8.77%	4.45%	4.97%	6.17%	4.91%	5.04%

*p < 0.05; **p < 0.01; ***p < 0.001.

SD = standardavvik; SE = standard error; aOR = adjusted odds ratio; CI = konfidens intervall; Var = variasjon i prosent mellom kommuner.

3.3 Oppsummering

Resultatene i modell 1 og 2 i tabellene 3.2 og 3.3 viser også hvordan faktorer på kommunenivå henger signifikant sammen med resultater som er indikatorer for trivsel og livskvalitet. Det er ikke signifikant sammenheng mellom resultater og antallet helsesøstre i hel stilling i skolehelsetjenesten og tilgangen til folkehelsekoordinator. Ungdom i nokså sentralt og sentralt beliggende kommuner var signifikant mer fornøyde med sin kommune og sin helse, og hadde lavere risiko for å være alkoholpåvirket sammenlignet med dem i mindre sentrale kommuner. De hadde, på den andre siden, en signifikant større sjanse for å bruke cannabis. Ungdom fra sentrale strøk, større enn eller lik 10 000 innbyggere, hadde også større risiko for å ha depressive symptomer enn ungdom fra mindre tettbygde strøk.

4 Hovedutfordringer i folkehelsearbeidet

4.1 Innledning

Analysene i forrige kapittel viser at kommunevariabler som antall hele stillinger for helsesøstre i skolehelsetjenesten, samt om kommunen hadde ansatt folkehelsekoordinator i 70 prosent stilling eller mer, ikke hadde utslag for om ungdom var fornøyd eller misfornøyd med sin kommune og sin helse, eller for deres helseatferd knyttet til alkohol, cannabis og røyking. Det som hadde utslag var graden av kommunens sentralitet, der de som bodde i sentrale kommuner i større grad enn andre var fornøyd med både kommunen og helsen, samt at de i mindre grad hadde vært alkoholpåvirket siste seks måneder. Derimot hadde ungdom i mer sentrale strøk større sjanse enn andre til å ha brukt cannabis i løpet av siste år, samt til å ha opplevd høyt nivå av depressive symptomer. I dette kapitlet skal vi se litt på om ungdoms erfaringer er nedfelt som utfordringer i folkehelsearbeidet.

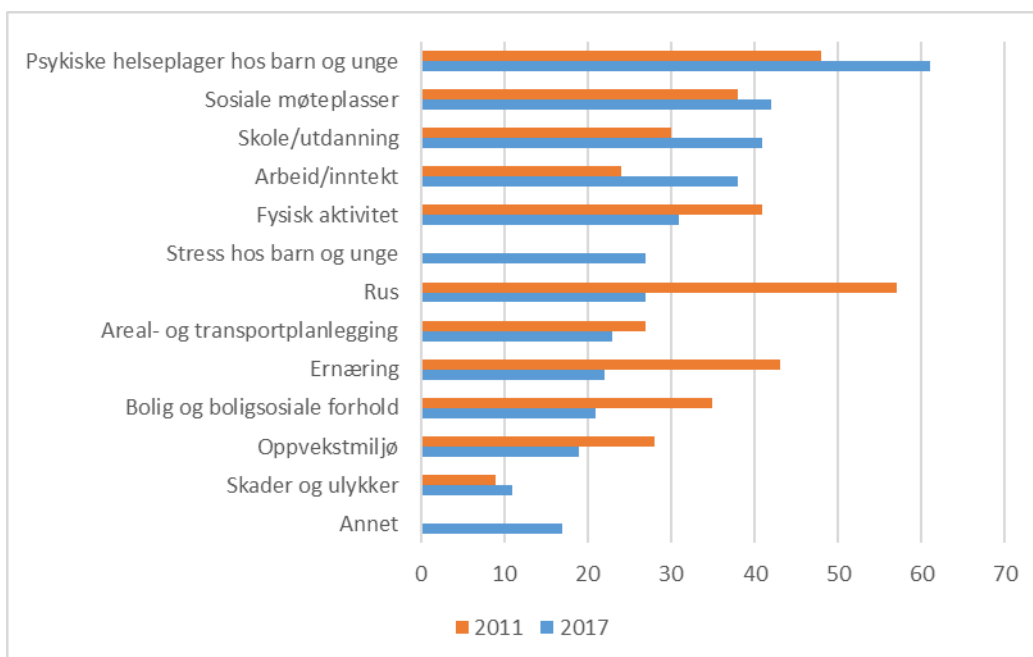
4.2 Hovedutfordringer i folkehelsearbeidet

I tidligere undersøkelser har det blitt lagt vekt på å kartlegge bredt hva kommunene oppfatter som sine hovedutfordringer knyttet til folkehelse og om utfordringene kan plasseres innenfor områdene helseatferd, levekår, fysiske samt psykiske og sosiale miljøfaktorer. Vi har derfor gitt kommunale respondenter en lang rekke tema de kan krysse av på når det gjelder hva de oppfatter som utfordringer. Helgesen og Hofstad fant i 2012 at psykisk helse og rus ble oppfattet som å være de to områdene der flest kommuner

opplevde at de hadde folkehelseutfordringer. Schou mfl. fant i 2014 at det var like i underkant av 44 prosent (av 309) av kommunene som hadde utviklet konkrete forebyggende tiltak som oppfølging av samhandlingsreformen på psykisk helsefeltet. De fant også at oppvekstforhold og levekårsforhold er viktige prioriterte områder i kommunalt folkehelsearbeid. Riksrevisjonen fant i 2015 at psykisk helse oppfattes som den største utfordringen for folkehelsen i kommunene, mens levekår og sosial ulikhet kommer på andre plass. På begge områdene vises det til at det er utviklet forholdsvis få tiltak.

Disse observasjonene, samt faktorer som er vektlagt i Program for folkehelsearbeid i kommunene, for eksempel stress hos barn og unge, danner bakgrunnen for spørsmålene til kommunene om hva de oppfatter som sine største folkehelseutfordringer. Her har vi delvis sammenlignbare tall fra baselineundersøkelsen NIBR utførte i 2011 før folkehelseloven trådte i kraft. Dette vises i figur 4.1 under.

Figur 4.1: *Hovedutfordringer i folkehelse- og forebyggingsarbeidet i 2017 og 2011. Prosent, Flere svar mulig. 2017: N=212, 2011: N=304*



Psykiske helseplager er i en særstilling som hovedutfordring i kommunenes folkehelsearbeid i 2017 og hele 60 prosent oppgir dette. Det ble også oppgitt som en viktig hovedutfordring i 2011 da 48 prosent mente det.

Eksistensen av sosiale møteplasser kan være utslagsgivende for hvor barn og unge ferdes og i hvilken grad det er mulig å sørge for at de er rusfrie. Vi ser at sosiale møteplasser og skole/utdanning kommer på plassene etter psykiske helseplager med henholdsvis 42 og 41 prosent i 2017, i 2011 var det henholdsvis 38 og 30 prosent som oppgav dette som utfordringer.

Rus er sterkt redusert som utfordring og rapporteres av færre i 2017 enn i 2011, også fysisk aktivitet og bolig- og boligsosiale forhold rapporteres av færre som utfordring.

At psykisk helse rapporteres så hyppig har trolig sammenheng med at denne undersøkelsen handler om nettopp det, men også at det har vært rettet oppmerksomhet mot psykisk helse, blant annet gjennom ungdata-undersøkelsene, men også i media, samt at informasjonen som er gitt om Program for folkehelsearbeid i kommunene nok spiller inn. I annet-kategorien pekes det på flere typer utfordringer kommunene mener de har som er knyttet til folkehelse. Svaralternativet skole og utdanning konkretiseres blant annet til frafall. Videre pekes det på at sosial ulikhet i helse er en utfordring i flere kommuner, samt barnefattigdom, høy andel uføre, ensomhet, utenforskap og at det kan forventes forskjell i levetid etter utdanningsnivå.

For fylkeskommunene har vi stilt noe andre spørsmål knyttet til utfordringer, men også disse er til dels sammenlignbare med undersøkelsen som ble gjennomført i 2011. Den gang var det fra vår side ikke like sterk oppmerksomhet mot psykisk helse og det ble derfor ikke spurt direkte om dette temaet i undersøkelsen som gikk til fylkeskommunene. Tabell 4.1 viser oppfatninger om hovedutfordringer i fylkeskommunene.

Tabell 4.1: *Oppfatninger i fylkeskommunene om hva som er deres hovedutfordringer i folkehelsearbeidet. Hele tall. Flere kryss mulig*

Type hovedutfordring	2017	2011
Skole og utdanning	11	15
Psykiske helseplager hos barn og unge	9	-
Sosiale møteplasser/nettverk	9	11
Skader og ulykker	7	7
Areal og transport	7	7
Fysisk aktivitet	7	8
Arbeid og inntekt	7	-
Oppvekst for barn og unge	7	8
Ernæring	6	-
Befolkningssammensetning	6	12
Bolig og boligsosiale forhold	5	5
Tobakk	4	8
Stress hos barn og unge	4	-
Rus	3	10
Grønt- og friluftsområder	3	7
Trygghets- og kriminalitetsforebygging.	3	6
Deltagelse i fritidsaktiviteter	2	-
Annet	3	-

Som tabellen viser er oppfatningen at skole og utdanning er blant hovedutfordringene fylkeskommunene har. I 2011 ble mangel på sosiale møteplasser og nettverk oppfattet som en utfordring, det er noe redusert i 2017. Psykiske helseplager hos barn og unge kommer ganske høyt opp og nevnes av 9 fylkeskommuner i 2017. Også her regner vi med at svarene er noe farget av den oppmerksomheten dette har fått den siste tiden.

Befolkningssammensetning er merkbart redusert som utfordrende tema, det samme er rus, mens stress hos barn og unge, som er ett nytt tema i 2017, heller ikke oppfattes som utfordring av særlig mange fylkeskommuner. I annet-kategorien er det pekt på at barnefattigdom og økende sosial ulikhet er en utfordring. Det pekes også på at en fylkeskommune har en utfordring med at det er store forskjeller i levealder mellom menn og kvinner i ulike deler av fylket, samt at frafall fra videregående skole nevnes av en.

4.3 Oppsummering

Vi kan ikke analysere våre tall fra surveyene i sammenheng med ungdomsdatabasen. Det vi ser fra vår survey er at ungdoms erfaringer med å ha depressive symptomer er nedfelt i kommuners og fylkeskommuners oppfatning om at psykisk helse hos barn og unge er blant deres viktigste folkehelseutfordringer. Dette er en utfordring som kommer høyest i kommuner både i 2011 og 2017, og på plass nr. to i fylkeskommuner i 2017. Vi så også i kapittel 3 at ungdom er aktive knyttet til rus, men dette er i mindre grad inkludert som folkehelseutfordring i kommuner og fylkeskommuner i 2017 enn det var i 2011. I ungdomsdata er begge disse faktorene benyttet som indikatorer for ungdoms trivsel og livskvalitet.

5 Arenaer for barn og unges deltagelse

5.1 Innledning

Barn og unge som har gode sosiale relasjoner med andre – via familienettverk, fritidsaktiviteter eller andre sosiale arenaer – har også bedre livskvalitet og psykisk helse enn andre. En studie fra 2011 som sammenfatter resultatene fra den foreliggende forskningslitteraturen (i alt 148 undersøkelser), konkluderer med at personer med gode sosiale relasjoner, uavhengig av alder, har 50 prosent større sjanse for å overleve enn personer med utilstrekkelige sosiale relasjoner (Lundstad mfl 2010). Hvilke mekanismer som forklarer dette er imidlertid ikke systematisk utforsket. Thoits (2011) har identifisert til sammen syv mulige forklaringsmekanismer i litteraturen: Deltagelse gir større innflytelse, øker muligheten for å bli sosialisert inn i samfunnets normer om å bygge psykisk helse, gir mer mening, styrker selvfølelsen, styrker følelsen av kontroll og mestring samt at deltagelse bidrar til større grad av tilhørighet.

Denne innsikten har norske myndigheter tatt inn over seg gjennom Program for folkehelsearbeid i kommunene. Til tross for at psykiske plager lenge har vært ansett som en viktig folkehelseutfordring har myndighetene, til nå, i begrenset grad rettet oppmerksomhet mot hvordan det kan utvikles helsefremmende tiltak for å møte denne utfordringen. Nå satses det på å styrke arenaer for barn og unges deltagelse. Kommunene har etter folkehelseloven en plikt til å iverksette nødvendige tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer og Program for folkehelsearbeid i kommunene gjennomføres for å støtte kommunene i dette arbeidet. Det skal også være et element av

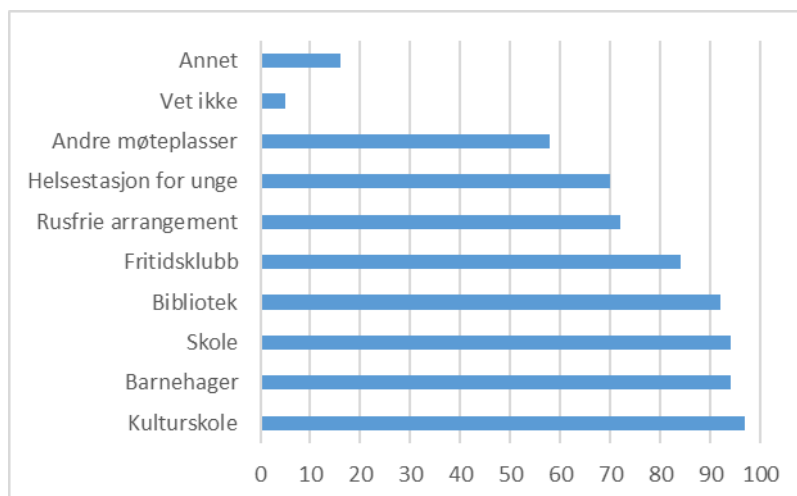
innovasjon i tiltaksutviklingen, det skal være noe nytt som utarbeides, midlene kommunene søker inn skal ikke gå til å finansiere noe kommunene allerede gjør eller drifter. I utviklingen av tiltak kan det tas i bruk styrkebaserte tilnærminger, dvs. at det tas utgangspunkt i å kartlegge og systematisk benytte styrker og ressurser hos individer, organisasjoner og nærmiljø, og benytte dette i utviklingsarbeidet.

Tiltak som angår arenaer som familie og nærmiljø, barnehage og skole ansees som spesielt viktige. Innholdsmessig kan tiltakene knyttes opp mot psykososiale forhold, relasjoner, barns trygghet i barnehage, skoler og lokalsamfunn. Det er også aktuelt med tiltak som bidrar til å redusere sosial ulikhet i psykisk helse. Slike tiltak anses som spesielt viktige å ta i bruk og de kan dreie seg om å bygge ned sosiale og økonomiske barrierer for barn og unges aktivitet i fritiden. Også forskjellige rusmiddelforebyggende tiltak nevnes, som rusfrie arenaer, tiltak som kan medføre heving av debutalder for alkoholbruk, rusmiddelforebyggende arbeid i skolen, samt alkoholpolitiske planer. I undersøkelsen har vi valgt å stille spørsmål knyttet opp mot de spesifikke arenaene, familie og nærmiljø, barnehage og skole. Vi har også stilt et spørsmål knyttet til arenaer generelt. Dette kapittelet benytter kun data samlet inn i 2017.

5.2 Arenaer der barn og unge kan delta i aktiviteter

Vi stilte spørsmål om hvilke arenaer kommunene har etablert der det legges til rette for at barn og unge kan delta i aktiviteter. Som det fremkommer av figur 5.1 under er det etablert tiltak knyttet til mange områder.

Figur 5.1: *Arenaer der det legges til rette for at barn og unge kan delta. Flere kryss mulig (Prosent, N=211)*



Over 90 prosent av kommunene oppgir at de har etablert en eller flere arenaer der barn og unge kan delta i aktiviteter. Disse er etablert i form av kulturskole (97 prosent), bibliotek (87 prosent) og fritidsklubb (82 prosent). 72 prosent oppgir at de har rusfrie arrangementer, og at det arbeides for at arenaer for barn og unge er rusfrie. 65 prosent av kommunene oppgir også at de arbeider spesielt for at arenaer der barn og unge ferdes skal være rusfrie. 70 prosent har helsestasjon for unge. 88 prosent av kommunene har etablert tiltak knyttet til barnehage og skole. I annet-kategorien er det noen som svarer at de har aktiviteter i helger og ferier, at det er kulturtiltak, eller at de har etablert en frivilligsentral. Det pekes på lag og foreninger og at de har idrettsarrangementer, samt muligheter for trening. Det nevnes også helt lokale tiltak med lokale navn.

Vi stilte også et spørsmål der vi spurte dem som svarte annet om de kunne oppgi hvilke arenaer det dreier seg om. En respondent svarte på denne måten:

Det er for tiden ikke en fritidsklubb, med det jobbes med aktiviteter og arrangement på bibliotek, kino, sammen med lag og foreninger som gjelder fritidsaktivitet for barn og unge. Det arrangeres ukentlig leksehjelp m/ mat. Det er aktivitetsgrupper med fysisk aktivitet f. eks: "stor og sterk" og det er

sommeruker med tur/ aktivitet/ overnatting på lokal "leirskole". Det arrangeres aktivitetshelg inkludert avlastningstilbud til målrettede grupper.

En annen pekte på at de hadde:

Gratis aktivitetskalender for barn og unge i alderen 7-17 år, Opplevelseskort med gratis fritidstilbud til barn og unge i alderen 6-19 (300 stk). Arenaer for kultur og idrett.

En tredje pekte på at deres kommune hadde:

bl.a. utendørs arenaer - både ved skoler/bhg og andre parkanlegg (generasjonsparker/aktivitetsparker, inkl. skatepark mv.)

Vi ser allerede her at det i sammenheng med møteplassene tenkes reduksjon av sosiale ulikheter, og det tenkes bredt mht. hvilke typer aktiviteter kommunene inkluderer i dette. Tiltak er rettet mot skole og skolearbeid, mot fysisk aktivitet og trening og mot aktiviteter i ferier.

Vi ser også at 9 av de 14 fylkeskommunene som svarte på undersøkelsen oppfatter sosiale møteplasser og nettverk som en utfordring. Vi spurte ikke direkte om dette knytter an til egne videregående skoler, men det kan vi tenke at det gjør, også ettersom det ble pekt på i annet-kategorien at frafall er en utfordring.

5.3 Tiltak på ulike tjenesteområder

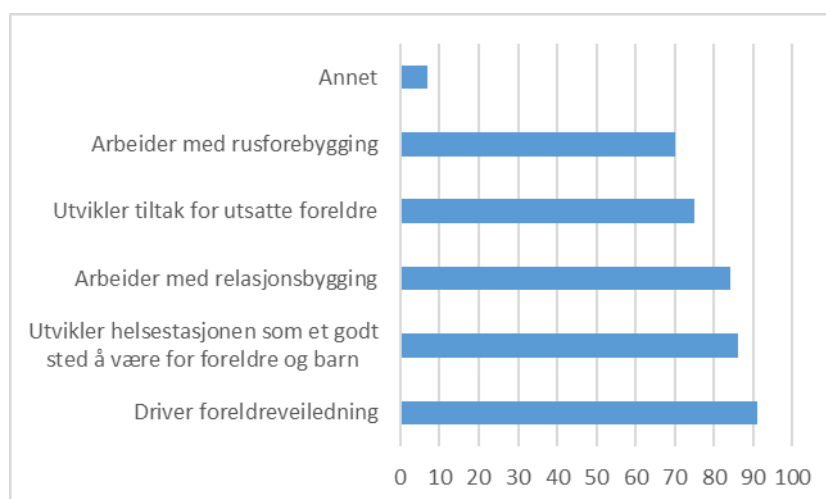
Utforming av offentlige tjenester og de virkemidler som kan tas i bruk er også en del av barn og unges muligheter for mestring. I denne bolken er vi derfor opptatt av i hvilken grad det gjennomføres tiltak knyttet til ulike tjenesteområder for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Vi har konsentrert oss om tiltak i helsestasjonstjenesten, barnehagene og skolene samt barn og unges fritid.

5.3.1 Helsestasjon

Helsestasjonen er en pliktig oppgave for kommuner og det skal tilbys alle barn i alderen 0-20 år. Helsestasjonen skal bidra til å skape et godt oppvekstmiljø for barn og unge, blant annet ved å fremme deres lærings- og utviklingsmiljø. Den skal videre bidra til en helsefremmende livsstil i målgruppen og drive med opplysnings-, veilednings- og rådgivningsvirksomhet. Den skal forebygge psykiske plager og lidelser, rusbruk, spiseforstyrrelser og utvikling av overvekt. Den skal også fange opp tidlige signaler på omsorgssvikt, mistrivsel og utviklingsavvik. Til sist skal den fange opp om barn og unge har spesielle behov, dette kan inkludere manglende sosial støtte. Helsestasjonen har spesielle føringer om å drive samarbeid, spesielt med skolen (Helsedirektoratet, 2010). Helsestasjonen er dermed en arena som har tydelige plikter overfor barn og unge, samt overfor andre enheter i kommunene. Medarbeidere på helsestasjonen ser barn og unge på et tidlig tidspunkt, og de følger dem gjennom barndommen. Medarbeiderne ser også barna i relasjonen med foreldre og har dermed en mulighet til å følge utviklingen i denne relasjonen over tid.

Vi spurte derfor kommunene hvilke aktiviteter de utvikler i helsestasjonen og fordelingen på svarene vises i figur 5.2 under.

Figur 5.2: *Aktiviteter kommunene utvikler i helsestasjonen. Prosent. Flere kryss mulig. N=202*



Som det fremgår av figur 5.2 er foreldreveiledning den mest utbredte aktiviteten i helsestasjonstjenesten (91 prosent). Det utvikles også et godt tjenestetilbud som bidrar til at helsestasjonene er et godt sted å være for foreldre og barn (86 prosent). Det samme gjelder helsestasjonenes arbeid med relasjonsbygging (83 prosent). Arbeid overfor utsatte foreldre og rusmiddel-forebyggende arbeid er det som er minst utbredt, men også det arbeides det med i henholdsvis 75 og 70 prosent av kommunene. I annet-kategorien er det pekt på at det arrangeres diverse lavterskeltilbud som babysang, det er åpen helsestasjon for ungdom eller et åpen dør-tilbud, det ytes psykologisk førstehjelp i skolene, samt at det arbeides for å kartlegge og avdekke vold i nære relasjoner.

Vi stilte også et åpent spørsmål: Hvis kommunen har foreldreveiledning på helsestasjonen, hvilke temaer gis det veiledning om? 110 respondenter tok seg tid til å svare på dette spørsmålet. Mange refererte til konkrete programmer det blir arbeidet med i kommunen, et eksempel er ICDP (International Child Development Program, rettet inn mot omsorgsgivere og med mål om å styrke omsorgskompetansen). Andre refererte til COS, Circle of Security, samt de utrolige årene. Andre forkortelser som er benyttet i kommentarer er TIBIR som er et program for tidlig innsats for barn i risiko tilpasset kommunalt nivå og PMTO som står for Parent Management Training Oregon og er et lavterskeltiltak for foreldre som har barn med utfordringer (www.nubu.no/TIBIR). Det ble også referert til EPDS som står for Edinburgh Postnatal Depression Scale, et spørreskjema som benyttes for å oppdage depresjon etter fødsel (www.NHI.no). En kommunal respondent uttrykte det på denne måten:

TIBIR, COS, PMTO. I tillegg veiledning i forhold til sjumilssteget, der helsestasjonen spelar ei viktig rolle i fleire av temaene, som er eit nytt tema for kvart leveår til barnet til dei er ferdige med ungdomsskulen. Til desse temaene er det også utvikla dialogark som foreldrene har som støtte i arbeidet rundt det tema. Dei forskjellige temaene i forhold til å snakke saman er:

- Førebuing til foreldrerolla (svangerskap)
- Bli begistra for barnet ditt (spedbarn)
- Tilvenning i barnehagen (1 år)

- Språkstimulering (2 år)
- Trygge voksne - trygge barn (3 år)
- vennskap (4 år)
- Skuleførebuing (5 år)
- Leselyst - gi ei gåve til barnet(1. klasse)
- Fysisk aktivitet og kosthald (2. klasse) osv....
- nettvett
- Søvn
- Å tåle kjensler
- Å forstå seg sjølv og andre
- Eigne, gode val
- å være god nok
- Godt oppvekstmiljø

Det er også laga nokre dialogark i forhold til det å "være saman"

- Behov for kontakt (spedbarnet)
- Eit nytt fellesskap (barnehage 1-2 år)
- Barn og vaksne saman (barnehage 3-5 år)
- Ein ny start (1.-4. klasse)
- Godt klassemiljø (4.-7. klasse)
- Skap arena for dialog (8.-10. klasse)

Ikke mange kommuner oppgir så mange tiltak som dette, men her får vi presentert et godt utvalg og typene tiltak som er nevnt er ganske representative for de åpne svarene. Men det nevnes også tiltak som fokuserer på vold og rus, to eksempler vises under:

Ernæring, rus, EPDS kartlegging og oppfølging, psykisk helse i skolen.

COS circle of security, støttesamtaler og veiledning, trafikksikkerhet, rus, ICDP, avlastningstilbud gjennom Homestart og Akutthjelpen, vold i nære relasjoner.

Fra en kommune får vi en forklaring på et av disse programmene, som det ser ut til at ligger til grunn for et kurs kommunen har utviklet:

Kurset kaller vi "Trygge barn", og er inspirert av Circle of Security, eller Trygghets sirkelen som vi sier på norsk. En modell som brukes for at foreldre lettere

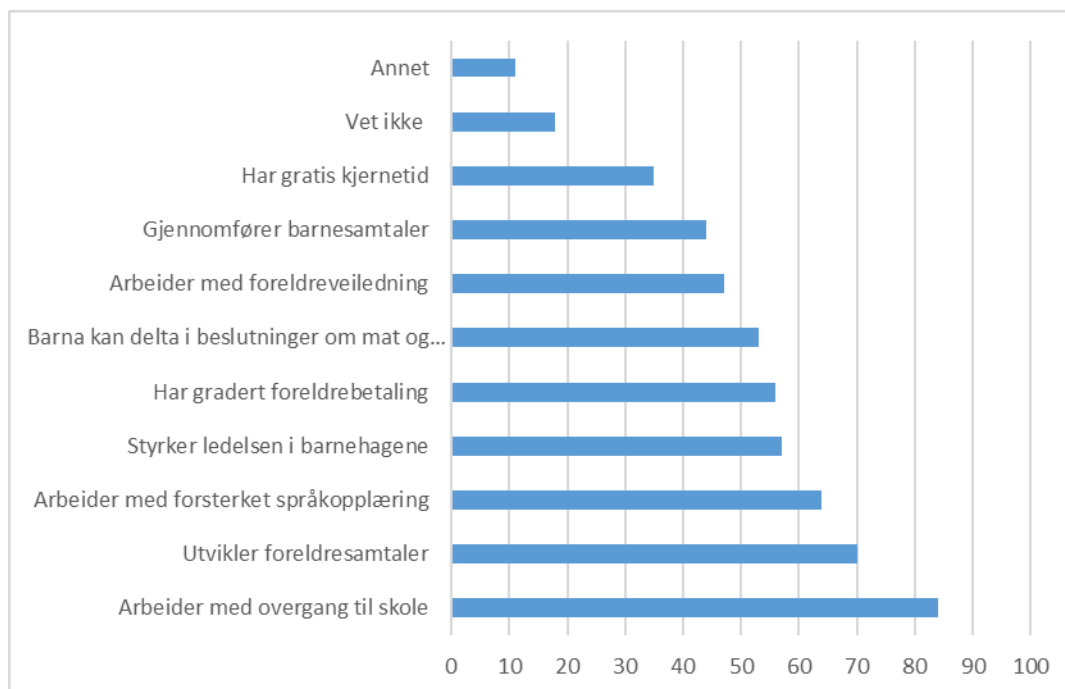
skal forstå og ivareta barnets behov, hjelpe barn å bli tryggere, til å utvikle god selvregulering og sosial kompetanse. Kurset har fokus på foreldrerollen og hvordan få til et godt samspill med barna dine. Kurset tar utgangspunkt i kunnskap og over 50 år med forskning på hva som fremmer trygge barn, og trygge relasjoner mellom foreldre og barn. Dette handler ikke om å strebe etter å være perfekte foreldre. Gode nok er et viktig begrep.

Det blir altså arbeidet på bred basis med tiltak knyttet til foreldreveiledning på helsestasjonene, og det varierer mellom kommuner hva de velger å arbeide med. Langt de fleste arbeider med samspillet mellom barn og foreldre, færre arbeider med rus og vold eller evt. annen problematikk. Det spørres ikke eksplisitt etter samarbeid, men det er meget få som peker på at det samarbeides med skole eller barnehage.

5.3.2 Barnehager

Barnehager ble en del av utdanningspolitikken med barnehageloven fra 1974 (Helgesen, 1997) og tidlig på 2000-tallet ble det innført en rett for alle barn over en viss alder til barnehageplass, det ble også innført maksimum egenbetaling for barnehager i 2002 (Kommunal rapport, 2002). Dvs. at kommunene ikke kunne regulere det foreldre skulle betale for barnehageplass til sine barn. Barnehager ble altså mer tilgjengelige både knyttet til antallet plasser kommunene kunne tilby og knyttet til pris for brukere. En større andel barn begynte derfor i barnehage og de fikk en sentral plass for barns deltakelse i aktiviteter. Vi har derfor spurt kommunene hvilke aktiviteter de utvikler i barnehagene.

Figur 5.3: *Aktiviteter kommuner utvikler i barnehagene Prosent. Flere kryss mulig. N=202*



Av denne figuren fremgår det at arbeid med overgang til skole er den mest utbredte aktiviteten i barnehagene (85 prosent), etterfulgt av foreldresamtaler (70 prosent) og forsterket språkopplæring (64 prosent). Av aktiviteter som er spesielt relevant for å forebygge psykisk uhelse og rus, ser vi at over halvparten av kommunene (56 prosent) har innført gradert foreldrebetaling og at ca. en tredjedel (35 prosent) har innført gratis kjernetid. I annet-kategorien pekes det på at det arbeides med ernæring, benyttes kunst og kultur, og at det arbeides med tidlig innsats. Det er også noen som peker på at de arbeider med helsefremmende barnehager uten at det spesifiseres nærmere.

Også knyttet til dettes spørsmålet er vi interessert i litt mer detaljert kunnskap om den foreldreveiledningen som barnehagene evt. driver og stilte spørsmålet: Hvis barnehagene arbeider med foreldreveiledning, hvilke tema gis det veiledning om?

Dette spørsmålet var det 56 respondenter som svarte på. Mange driver tilsvarende foreldreveiledningsprogrammer i barnehagen som de gjør i helsestasjonen. En respondent uttrykte det slik:

Foreldresamtaler med evt. tema som grensesetjing, vaksenrolla/"vere saman", ulike tema på foreldremøte som m.a. tannhelse, hygiene, sunt kosthald etc.

En annen slik:

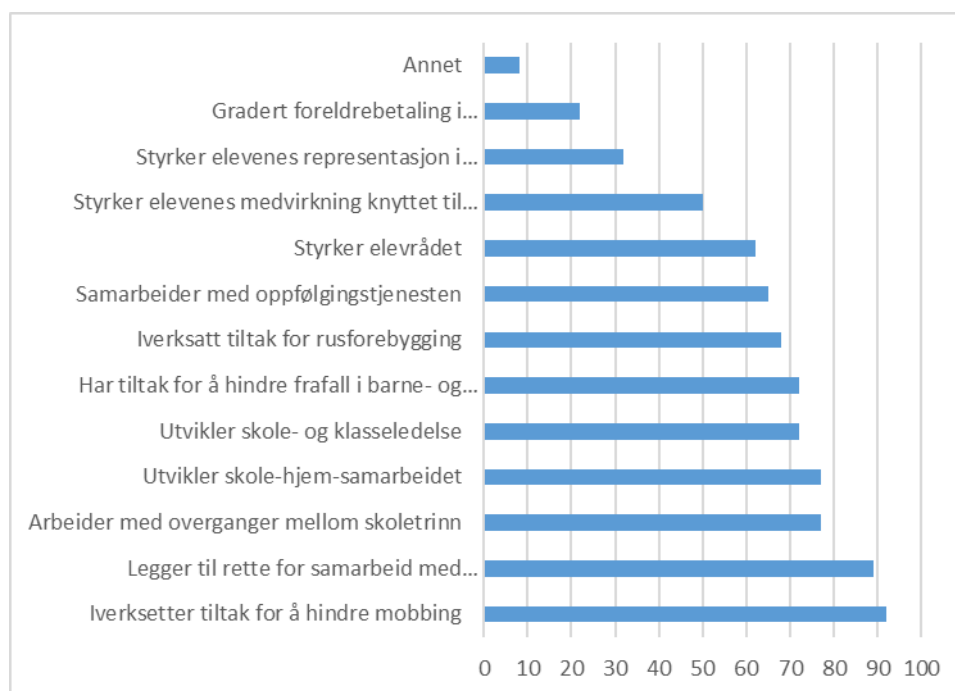
ICDP, Tibir, Styrke foreldrerollen, veiledning ved spesielle behov hos barnet, henviser videre til andre kommunale støttetjenester.

Det blir av noen pekt på at dette skjer i samarbeid med helsestasjonen. En kommune pekte på at de hadde et tverrfaglig samarbeid om hvordan barns psykisk helse kan fremmes. En annen pekte på at det er etablert en ordning for å yte hjelp til foreldre. Hjelpen er organisert i syv faggrupper og eksempler er førskole, barn og unge og rus og avhengighet.

5.3.3 Skole

Som det ble vist i figur 5.3 over er det en mange kommuner som arbeider med overgang mellom barnehage og skole. Dette er en overgang som lenge har vært på dagsorden, også den politiske. I skolene arbeides det også med mange andre tiltak, og vi spurte derfor hvilke aktiviteter kommunene utvikler i skolene. Hvordan svarene fordeler seg vises i figur 5.4 under.

Figur 5.4: *Kommuners aktiviteter innenfor skole. Kan sette flere kryss. Prosent. N=197*



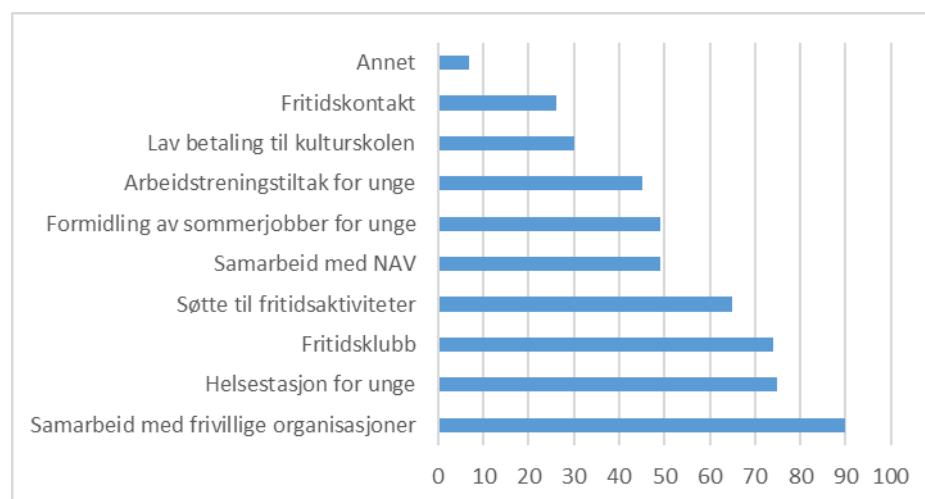
Som det fremgår av figur 5.4 er arbeid mot mobbing og samarbeid med helsestasjon de mest utbredte aktivitetene i skolen (henholdsvis 92 og 89 prosent). En rekke aktiviteter som er spesielt relevant for å forebygge psykisk uhelse og rus er også høyt prioritert; utvikling av skole-hjem-samarbeidet er på dagsorden i 77 prosent av kommunene, forhindre frafall er det i 72 prosent, rusforebygging i 66 prosent, og samarbeid med oppfølgingstjenesten i 65 prosent, samt at gradert SFO-betaling er aktuelt i 22 prosent av kommunene. Vi ser også at det legges til rette for at elevene skal kunne medvirke på ulike nivåer i skolen, elevrådet styrkes i 60 prosent av kommunene, styrking av elevenes medvirkning knyttet til klassen er på dagsorden hos 50 prosent, mens elevenes representasjon i skolens samarbeidsutvalg styrkes i 32 prosent av kommunene. I annet-kategorien pekes det på at det er etablert en ordning der elever er trivselsledere i friminutter, det legges til rette for aldersblandede aktiviteter, det arbeides med fysisk aktivitet i skolen og at det er fokus på skole- og læringsmiljø. En påpeker at kommunen har etablert barne- og ungdomsråd,

mens en annen peker på at alle skolene i kommunen har sosiallærer som arbeider spesielt med psykisk helse. Knyttet til skole har vi ikke stilt noe åpent spørsmål.

5.3.4 Barn og unges fritid

I tillegg til spørsmålet som det ble vist til i figur 5.1 der vi spurte noe mer generelt om hvilke arenaer kommunen har der barn og unge kan delta i aktiviteter, har vi også spurt om kommunene utvikler aktiviteter knyttet til barn og unges fritid. Svarene fordeler seg som vist i figur 5.5.

Figur 5.5: *Aktiviteter kommunen utvikler knyttet til barn og unges fritid. Prosent. Flere kryss mulig. N = 204*



Av figur 5.5 fremgår det at knyttet til barn og unges fritid samarbeides det mye med frivillig sektor, hele 90 av kommunene oppgir det. Vi har inkludert helsestasjon for unge i dette spørsmålet fordi den som regel er et tilbud som er åpent om ettermiddagen og ungdom benytter sin fritid til å eventuelt oppsøke helsestasjonen. Vi ser at 75 prosent av kommunene har etablert en slik helsestasjon. Kategorien fritidsklubb er overlappende med en av svarkategoriene i figur 5.1, men vi valgte å gjenta den her. Mens det var 84 prosent av kommunene som svarte over at fritidsklubb er en arena for barn og unges deltakelse i aktiviteter, er det 74 prosent som svarer at de har fritidsklubb på foreliggende spørsmål. Videre er det 65 prosent som yter støtte til

fritidsaktiviteter. Denne støtten er enten i form av økonomisk støtte eller med utstyr. Det kan være noe overlapp mellom svarkategoriene samarbeider med NAV og formidling av sommerjobb for unge. Det behøver ikke være det fordi det er en del kommuner som har slik formidling også knyttet til frivilligsentralen, men på begge disse svaralternativene er det 49 prosent av kommunene som krysser av. 45 prosent har arbeidstrening for unge, mens 30 prosent har lav betaling på kulturskolen og 26 prosent har fritidskontakter. Slike benyttes i stor grad overfor barn og unge som har fysiske eller mentale utfordringer mht. å ha et aktivt fritidsliv. Det er få respondenter som har svart annet på dette spørsmålet, og av dem pekes det av en respondent på at det er ansatt en kulturmedarbeider som driver fritidsklubben. En annen peker på at kommunen har en ordning med opplevelseskort.

5.4 Barn og unges medvirkning

Å legge til rette for at befolkningen, og spesielt i vår sammenheng, barn og unge, kan engasjere seg og være med å påvirke sin egen hverdag og sine omgivelser er en sentral del av det å inkludere psykisk helse som en del av folkehelsearbeidet. Muligheter for engasjement og påvirkning styrker også mestring. Som vi så over i figur 5.4, legges det til rette for at elevene skal kunne medvirke på ulike nivåer i skolen. De fleste kommuner styrker elevrådet, 60 prosent av dem oppgir dette. 50 prosent styrker elevenes medvirkning knyttet til klassen og 32 prosent styrker elevenes representasjon i skolens samarbeidsutvalg. Knyttet til medvirkning i barnehager så vi at 53 prosent av kommunene legger til rette for at barn kan delta i beslutninger om mat og aktiviteter. Dette er medvirkning på et helt grunnleggende nivå som gir barn og unge muligheter til å påvirke sitt hverdagsliv.

Påvirkning på et mer overordnet nivå, for eksempel knyttet til saker som angår barn og unge og som skal opp til politisk beslutning, må diskuteres i andre fora. Vår undersøkelse viser at de fleste kommuner har etablert et forum der barn og unge kan diskutere slike saker, og vi ser også over at det er noen respondenter som har påpekt at deres kommune har et barne- og ungdomsråd. Dette var vanlig i norske kommuner allerede for syv år siden. En undersøkelse i 2010 viste at 82 prosent av

kommunene hadde et innflytelsesorgan for barn og unge (Knudtzon og Tjerbo, 2010). Vi regner med at de som hadde det da, også har det nå ettersom det fortsatt er noe oppmerksomhet mot barn og unges muligheter for innflytelse.

I en intervjustudie gjennomført i 16 norske kommuner i 2013 fant Klausen mfl. at deltakere i barne- og ungdomsråd rekrutteres fra elevrådene og at alle skoler i kommunene er representert i rådet. De fant også at rådet både tar opp saker på eget initiativ og gir tilbakemeldinger på saker kommunen ber rådet ta stilling til. De finner videre at noen kommuner gir rådet økonomiske midler som de har til rådighet. De finner også at innstillinger fra rådet diskuteres i hovedutvalg el. lignende politisk utvalg for skole/barnehage.

5.5 Oppsummering

Kommuner gjør altså en del knyttet til sine tjenester som kan medvirke til å styrke barn og unges sosiale relasjoner, først og fremst knyttet til foreldre og foreldrerollen. Dette vil på sikt styrke barn og unges psykiske helse og deres mulighet til å påvirke sitt hverdagsliv på flere nivåer. Kommunene arbeider for det første med å styrke familier ved blant annet å ha foreldreveiledning på ulike områder i helsestasjoner og barnehager. Slik veiledning ser i stor grad ut til å dreie seg om foreldre-barn-relasjonen, men noen tar også opp spørsmål som rus og vold i nære relasjoner. På skoler arbeider kommuner med å utvikle foreldresamtalene. Der har vi også sett at skoler iverksetter tiltak for å drive med rusforebygging, selv om dette ikke er så mange (68 prosent). Kommuner styrker også ledelsesnivået i barnehager og skoler, og i skolen arbeides det med å utvikle klasseledelsen (72 prosent). God klasseledelse assosieres med godt læringsmiljø som i sin tur kan medvirke til at elevene blir tryggere og til at flere elever får god opplæring i grunnskolen.

Samtidig ser vi at kommuner arbeider med tiltak knytte til fritid og noen av tiltakene har en direkte utjavnende effekt. For eksempel vil gradert betaling i barnehage og SFO kunne ha det, der foreldre med lav betalingsevne kan betale mindre enn andre. Også lav betaling for kulturskoleplass vil kunne ha en slik effekt. Andre tiltak, for eksempel knyttet til fritidsaktiviteter, både tilgjengelighet

i mer geografisk forstand der barn og unge ikke må reise langt for å kunne delta i aktiviteter, men også økonomisk som med utlån av utstyr, vil ha en utjavnende effekt. At barn og unge også kan delta i fritidsaktiviteter medvirker til deres opplevelse av mestring og vil kunne fungere godt for å styrke deres psykisk helse.

6 Oversikt, planprosesser og sosial ulikhet

6.1 Innledning

Norske kommuner har lenge skullet drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom å skaffe seg oversikt over helsetilstanden (Kommunehelsetjenesteloven fra 1987 § 1.4 a). I Folkehelseloven tydeliggjøres dette ytterligere ved at helseoversikten integreres som en del av det systematiske folkehelsearbeidet og kobles til kommunal planlegging etter plan- og bygningsloven.

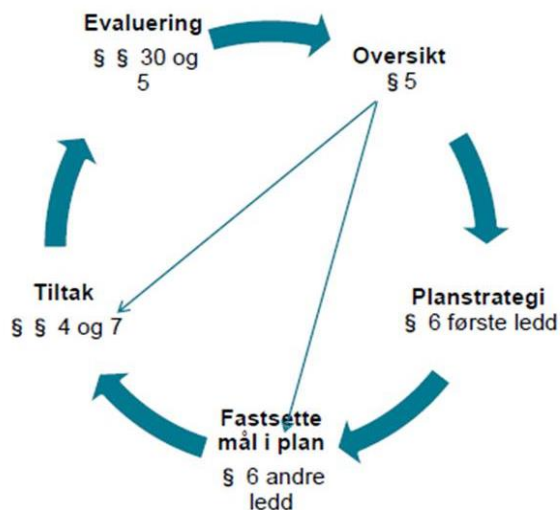
Bestemmelsene i folkehelseloven er også fulgt opp i en egen forskrift og veileder som ytterligere konkretiserer oversiktsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012 og Helsedirektoratet, 2013). Kommuner skal lage en oversikt over helsetilstanden i kommunen, denne skal inneholde oversikt over positive og negative faktorer som påvirker helsen, og oversikten skal nedfelles i et dokument, oversiktsdokumentet.

En viktig intensjon med folkehelseloven er å bidra til en institusjonalisering og systematisering av folkehelsearbeidet. Særlig er det såkalte «systematiske folkehelsearbeidet» viktig. Her knyttes en kjede av virkemidler sammen. Det er for det første fylkeskommuners og kommuners oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helse. Dernest er det regional og kommunal planlegging, tiltaksutvikling og evaluering. Målsettingen er at forskjellige ansvarsområder kommuner har skal gjøres til gjenstand for planlegging i et folkehelseperspektiv.

Kunnskapen kommunene skaffer seg ligger til grunn for det systematiske folkehelsearbeidet. Dette kan illustreres som i figur

6.1. under. Sirkelen viser det fireårige kretslopet som følger rulleringen av kommune-/fylkesplanen i løpet av hver valgperiode.

Figur 6.1: *Det systematiske folkehelsearbeidet*



Pilene fra ”oversikt” til ”fastsette mål i plan” og ”tiltak” indikerer det løpende arbeidet med å knytte sammen oversikt, planlegging og tiltak.

Det systematiske folkehelsearbeidet er en strategi kommunene kan ta i bruk for å inkludere helse i plan. Det bidrar til å tydeliggjøre og ytterligere forsterke koblingen mellom folkehelsearbeid og fylkes- og kommuneplanlegging som allerede er etablert i plan- og bygningsloven (§3-1, bokstav f).

Som vi så innledningsvis har Program for folkehelsearbeid i kommunene seks resultatmål og de er direkte koblet til oversiktsarbeidet og planprosessene. Målene er at de fleste kommuner innen 2019 har inkludert forhold som fremmer psykisk helse og det rusmiddelforebyggende arbeidet som del av oversiktsarbeidet, og avklart planbehov innen 2024, at de fleste kommuner innen 2020 har drøftet utfordringer knyttet til disse problemstillingene og at innen 2023 har alle kommuner gjort dette.

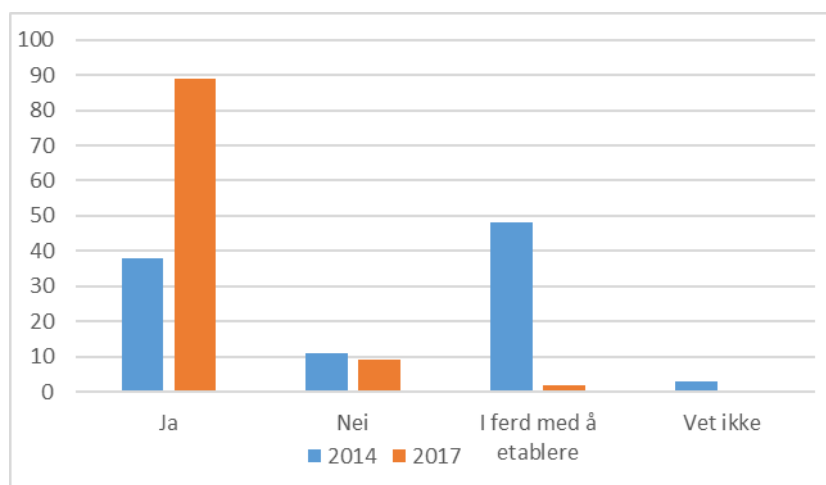
6.2 Oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer

Det systematiske folkehelsearbeidet peker altså på hvordan kommunene kan ta i bruk plansystemet for å arbeide med folkehelse. Plansystemet består av planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel, arealplan og handlingsplan/økonomiplan der det også er oversikt over investeringer (Aarsæther, 2013). Dette omtaler Aarsæther som grunnstrukturen i systemet. I tillegg kan det lages kommunedelplaner for bestemte områder, temaer eller virksomhetsområder, og det kan lages reguleringsplaner for større bygge- og anleggstiltak (KMD, 2015).

For at planleggingen slik den er skissert her skal være kunnskapsbasert er det lovfestet at oversikten skal ligge til grunn for planstrategien. Planstrategien skal prioritere og målrette planleggingen, og den skal legge klare og overordnede føringer for areal- og samfunnsutviklingen (KMD, 2015). Den skal inneholde en vurdering av de ulike sektorenes planbehov og legge føringer for hvilke planer som skal lages den neste fireårsperioden (Hofstad, 2011). Kommuneplanens samfunnsdel skal si noe om status, utfordringer, mål og strategier. Dette vil det være naturlig å gjøre på områder som befolkningsutvikling, næringsutvikling, infrastruktur, tjenestetilbud, stedsutvikling samt miljø og klima (Aarsæther, 2013). Dermed kan samfunnsdelen inneholde omtaler av utfordringer, samt mål og strategier knyttet til folkehelse. Disse kan igjen inkludere omtaler av mål og strategier knyttet til tjenesteområder som angår barn og unge. Eksemplene er helsestasjon, barnehager, skole og hvordan kommunen skal støtte fritidsaktiviteter og andre aktiviteter som fungerer til å fremme psykisk helse og livskvalitet for barn og unge, samt retter oppmerksomhet mot rusmiddelforebygging.

For vårt formål her er også arealdelen viktig ettersom det er i den planen kommunen viser hva som er sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk, og den er juridisk bindende (Fallet og Saglie, 2013). Det er en målsetting at faktorer som påvirker livskvaliteten og dermed den psykiske helsen, skal inkluderes i oversiktsarbeidet. Andelen kommuner som har utarbeidet oversikt vises i figur 6.2 under.

Figur 6.2: *Andel kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, 2014 og 2017- Prosent. N=2014:285 og 2017:210*

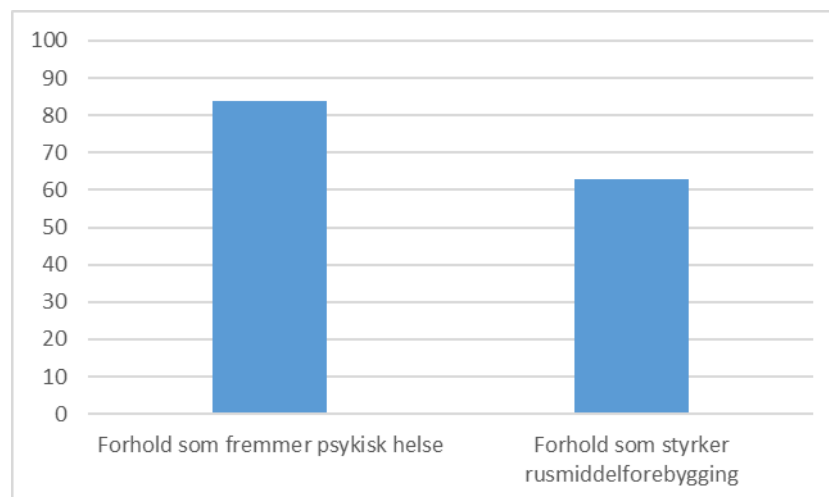


Som figur 6.2 viser har andelen kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer økt med hele 51 prosentpoeng fra 2014 til 2017. Det er en stor økning på tre år og viser at folkehelselovens bestemmelser om oversiktsarbeid etterlevs i norske kommuner. Det er tydelig at mange av de kommunene som i 2014 var i ferd med å utarbeide en oversikt nå har ferdigstilt den.

I undersøkelsen ble det definert hva som menes med *psykisk helse i folkehelsearbeidet*: «Samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet med særlig vekt på mestringsbetingelser». Vi har derfor ikke spurt kommunale respondenter hva de legger i dette begrepet. Vi antar likevel at mange har gjort seg opp en mening, blant annet ut fra at 375 kommuner har arbeidet med ungdomsundersøkelsene. I disse defineres psykiske plager som å bekymre seg mye, føle at alt er et slit, ha søvnproblemer, føle seg ulykkelig, trist eller deprimert, føle håpløshet og om de unge føler seg stiv og anspent (Bakken mfl., 2016:72). God psykisk helse defineres blant annet som mestring, tilfredshet, tilhørighet, autonomi og opplevelse av mening (Helsedirektoratet, 2014b: 3).

Figur 6.3 under viser hvor mange kommunale respondenter som mener at forhold som fremmer psykisk helse og rusforebygging er en del av oversikten.

Figur 6.3: *Andel kommuner som mener forhold som fremmer psykisk helse og som styrker rusmiddelforebygging er inkludert i oversikten*



Som vi ser er det 84 prosent av kommunene som mener at forhold som fremmer psykisk helse er inkludert i oversikten. På spørsmålet er det også 11 prosent som svarer nei og 5 som svarer vet ikke. Det er 63 prosent som mener at forhold som styrker rusmiddelforebygging er inkludert i oversikten. Her er det 19 prosent som svarer nei og 10 som svarer vet ikke.

I undersøkelsen har vi også vært opptatt av hvilke temaer som inngår i oversikten ut over psykisk helse og rus. Ut fra et «helse i alt vi gjør-perspektiv» er det interessant om forhold som fremmer psykisk helse og som styrker rusforebygging hovedsakelig betraktes som en utfordring for helsesektoren eller om det også inkluderes tematikker som ikke like sterkt knyttes til denne sektoren. I tabell 6.1 nedfor ser vi hvilke temaer som inngår i oversikten.

Tabell 6.1: Tema som inngår i oversikt, Prosent (bele tall i parentes). Flere kryss mulig. N=181 ¹

Tiltak	Frekvens
Fysisk aktivitet	81 (149)
Skole og utdanning	80 (147)
Psykiske helseplager	73 (134)
Oppvekstmiljø	72 (131)
Rusforebygging	65 (131)
Deltagelse i kulturaktiviteter	60 (110)
Sosiale møteplasser	59 (108)
Ernæring	54 (99)
Grønt og friluft	51 (94)
Trygghet og kriminalitetsforebygging	40 (74)
Bolig og boligsosiale forhold	39 (71)
Tobakk	39 (72)
Arbeid og inntekt	36 (87)
Areal- og transportplanlegging	35 (66)
Stress	32 (58)
Skader og ulykker	29 (53)
Støy, luft, vann, stråling	27 (50)
Annet	9 (17)

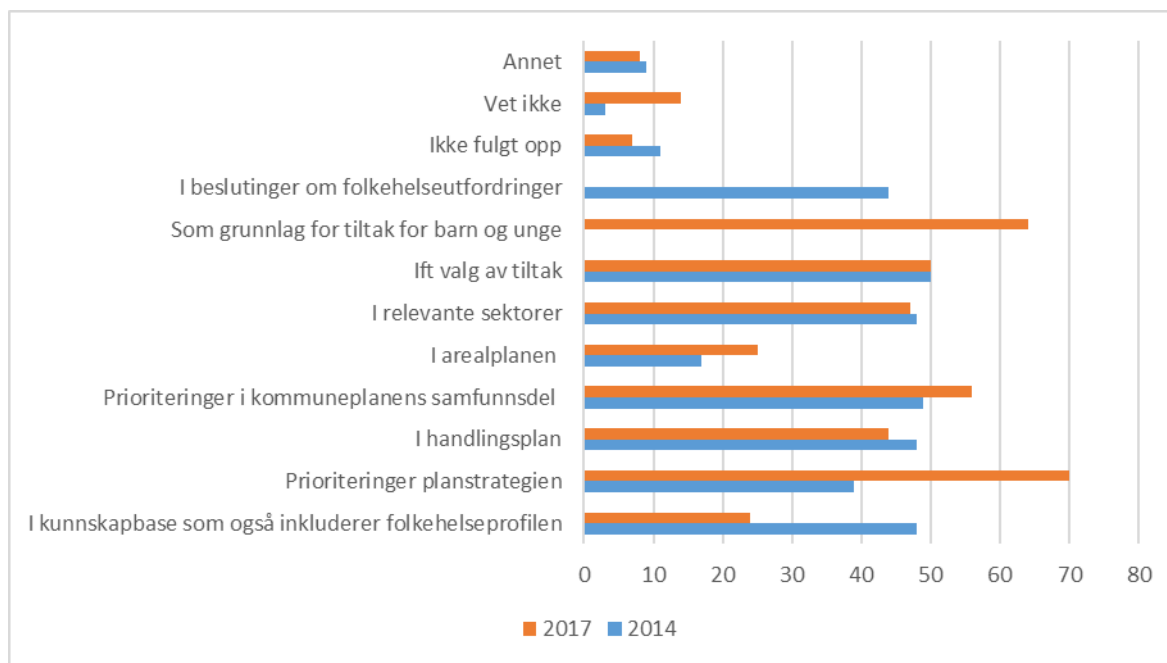
I tabellen fremgår det at fysisk aktivitet og skole/utdanning er de temaene flest kommuner har inkludert i oversikten (henholdsvis 81 og 80 prosent av kommunene). Typiske tekniske ansvarsområder, som støy, luft etc. og areal- og transportplanlegging er i mindre grad inkludert (henholdsvis 35 og 27 prosent). Tema som er en del av denne studiens fokusområder, psykiske helseplager, oppvekstmiljø og rusforebygging, er inkludert i oversikten. Henholdsvis 73, 72 og 65 prosent av kommunale respondenter oppgir dette.

Vi har også spurt kommuner hvordan oversikten er fulgt opp politisk og administrativt. Svaralternativene knyttes til

¹ Dette spørsmålet har dessverre fått en feil formulering i spørreskjemaet. Det ble spurt etter hvilke tiltak det er utarbeidet oversikt over og hvilke avdelinger som har utarbeidet oversikt, det skulle stått knyttet til hvilke utfordringer. Resultatene er derfor ikke helt pålitelige, men vi velger likevel å gjengi dem.

prioriteringer i planer, politiske beslutninger og utvikling av tiltak. Hvordan svarene fordeler seg vises i figur 6.4 under.

Figur 6.4: *Andel kommuner som oppgir at prioriteringer i oversikten har blitt fulgt opp, 2014 og 2017. Prosent. Flere svar mulig. N=2014:109 og 2017:203*



Her har vi sammenlignet med resultater fra 2014. Den gang var dette et oppfølgingsspørsmål som bare ble stilt til dem som svarte at de hadde laget oversikt, i 2017 er det stilt til alle. Dette reflekteres i antallet svar på spørsmålet (N) som for 2017 var 203 og som i 2014 bare var 109.

Som vi ser av figuren er det ikke mange kommuner som i 2017 oppgir at oversikten ikke er fulgt opp – kun 7 prosent. Dette var noen flere i 2014. Derimot er det hele 70 prosent av kommunene som i 2017 rapporterer at oversikten har ligget til grunn for prioriteringer i planstrategien. Dette er trolig en økning fra 2014. Dernest er det i 2017 56 prosent som svarer at oversikten har ligget til grunn for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel og 50 prosent som rapporterer av at den tas i bruk for å velge tiltak

(det samme som i 2014). Fortsatt er det i 2017 relativt få kommuner (25 prosent) som oppgir at prioriteringene i oversikten har blitt fulgt opp i arealplanen. Fordi arealplanen er juridisk bindende, og fordi det dreier seg om båndlegging av areal er det sannsynlig at det tar tid både å utarbeide dette i planer og å fatte beslutninger om at det faktisk skal gjøres.

Samlet sett er det økningen i oversiktens betydning for prioriteringen i planstrategien som er den mest påfallende endringen siden 2014.

I annet-kategorien er det i stor grad respondenter fra kommuner som nylig har ferdigstilt oversikten som har lag til kommentarer. En respondent uttrykker seg slik:

Nylig utarbeidet oversikt, strategiplan for folkehelsearbeidet under utvikling – areal, sektor og virksomhetsplaner skal på sikt ta inn folkehelseperspektivet og prioriteringene i strategiplanen.

Knyttet til arealplanen er det en respondent som påpeker at:

Vil bli brukt som grunnlag for prioriteringer ved rullering av kommuneplanens arealdel som starter innen kort tid.

Det er også et par som sier de ikke har oversikt. En av dem sier det enkelt og greit slik:

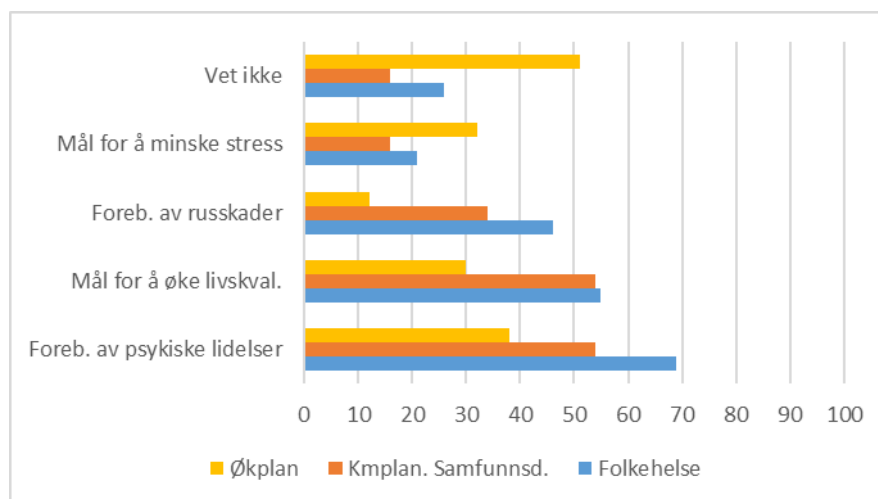
Vi har ikke denne lovpålagte oversikten.

Slike svar som de to første peker på at det er oppmerksomhet mot oversiktsarbeidet og det oversikten skal benyttes til, nemlig å være et kunnskapsgrunnlag for prioriteringer som skal gjøres i kommunene. Motsatt er det siste svaret noe nedslående og viser til at det fortsatt er kommuner som ikke har startet arbeidet med oversikt over helsetilstand og positive og negative faktorer som kan påvirke helsen.

6.2.1 Forebyggingstiltak i kommunale planer

Formålet med Program for folkehelsearbeid i kommunene er bedre psykisk helse og livskvalitet i befolkningen, samt at det drives rusmiddelforebyggende arbeid. Et mål er at alle kommuner innen 2027 skal ha økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid som fremmer barn og unges psykiske helse og livskvalitet, og rusmiddelforebygging. Som en del av undersøkelsen ble kommunene derfor bedt om å oppgi om tiltak for å forebygge psykiske lidelser og rusmiddelrelaterte skader for barn og unge, samt om mål for å redusere stress og øke livskvaliteten for barn og unge, er en del av planverket. Figur 6.5 under viser om slike tiltak og mål er inkludert i henholdsvis kommunedelplan for folkehelse, kommuneplanens samfunnsdel, økonomiplanen, kommunedelplaner for barn og unge, oppvekst og levekår og skole, samt i handlings- eller tiltaksplaner.

Figur 6.5: *Tiltak for barn og unge i Kommunedelplan for folkehelse, Kommuneplanens samfunnsdel og Økonomiplanen. Flere kryss mulig. Prosent. N=114 og 131 og 184*



Som vi ser av figur 5.3 oppgir så mye som 69 prosent av kommunale respondenter at de har inkludert forebygging av psykiske lidelser for barn og unge i kommunedelplan for folkehelse, mens 55 prosent oppgir at de har fastsatt mål for å øke trivsel og livskvalitet hos denne målgruppen. Videre oppgir 46 prosent at de har inkludert forebygging av rusmiddelrelaterte

skader for barn og unge i denne planen. Noen færre kommuner (21 prosent) har inkludert mål for å minske stress. Tabellen viser også at rus og psykisk helse i mindre grad er prioritert i Kommuneplanens samfunnsdel. Bare 54 prosent av kommune oppgir at de har inkludert forebygging av psykiske lidelser for barn og unge i dette plandokumentet – 15 prosentpoeng mindre enn i folkehelseplanen.

Når det gjelder tiltak for rusforebygging av rusmiddelrelaterte skader er forskjellen noe mindre (46 mot 34 prosent altså 12 prosentpoeng). Tallene for tiltak i økonomiplanen er beheftet med langt større usikkerhet i og med at 'vet-ikke' prosenten er over 50 prosent (51), men også i denne plantypen er tiltak for å forbygge psykiske lidelser utbredt (38 prosent).

Vi stilte også et åpent spørsmål der vi spurte: Hvis oversikten inngår som grunnlag for å utvikle folkehelsetiltak for barn og unge, kan du utdype hvilke tiltak som er utviklet eller planlagt utviklet? 111 respondenter har tatt seg tid til å svare på dette spørsmålet og noen har gitt ganske utfyllende svar. Vi gjengir noen svar under som både viser til konkrete tiltak og som viser litt av de resonnementene som gjøres i kommuner omkring slike tema.

Vi har tatt utgangspunkt i ungdomsundersøkelsene som er gjennomført i 2011 og 2014. Denne viser at vi må ha mer fokus på barn og unge og psykisk helse. Vi har laget en folkehelseplan som har fire innsatsområder, der et av områdene er barn og unge – psykisk helse. Et av tiltakene er styrking av foreldrerollen. Vi ønsker å skape en rød tråd fra barnehage til og med videregående skole og lage en foreldremøteplan. Det er ei tverrsektoriell arbeidsgruppe med representanter fra helsestasjon, psykisk helse, PPT, rektorer fra barneskole, ungdomsskole og videregående skole, barnehager, barnevern, folkehelsekoordinator. Det er planlagt to store lavterskel foreldremøter pr. år, samt at de blir fulgt opp ved hver enkelt skole eller barnehage etterpå med refleksjonsgrupper og temamøter. Hensikten er å skape trygge foreldre som føler de er gode nok, samt skape refleksjon rundt viktigheten av rollen og det å bare være tilstede, ta

barn på alvor helt til barna er ferdige med videregående skole.

Dekking av aktivitetstiltak for barn under fattigdomsgrensen via NAV; innkjøp av fritidsutstyr til barn og unge (fattigdomsmidler); veiledning i alle barnehager om mat og aktivitet (helsestasjonen); tilbud om foreldreveiledning (COS-P); Jentesnakk (fremme psykisk helse hos jenter); Psykologisk førstehjelp (veiledning ved helsestasjonen, hjelp til selvhjelp) mv.

Statistikk viser 17% barnefattigdom. Det er søkt Bufdir om barnefattigdomsmidler til inkluderende ferie og fritidstiltak. Åpen idrettshall med varierte aktiviteter uten krav til betaling er 1.prioritet. Ferietilbud på ulike arenaer. Har startet noen ferietiltak. Avhengig av økonomi om dette kan fortsette/ utvikles videre. "Talenter for framtida" Et Telemarkprosjekt. Handlingsveileder for tidlig intervensjon av utsatte barn og unge på alle funksjonsområder. Hovedmål å forebygge frafall i vgs. 2. år med "Kjærlighet og grenser". Påmeldt til prosjekt "Liv og røre"(fysisk aktivitet i skolen. Deltar i Aktiv 365 og Fiskesprell.

Oppvekstkoordinator følger tett opp Ungdata-resultatene. Vi har nylig startet en dialog med ungdomsskolene for å integrere psykisk helse som et tema i skolenes årshjul.

Sterk og klar gjennomføres på alle ungdomsskolene. Som en videreføring av dette har vi et tiltak rettet mot fysisk inaktive ungdommer, hvor de får tilrettelegging for fysisk aktivitet og enkel kostholdsundervisning.

Utvikling av Ungdata Junior pilot.

Tolv skoler i kommunen tar i bruk helseprofil i HsPro², for å hente ut statistikk fra skolestartundersøkelsene.

På grunn stor sosial ulikhet er det satt i gang prosjekt med knutepunktfunksjon for aktivitetstilbud for barn

² HsPro er et saksbehandlingsverktøy for helsestasjoner utviklet av Visma.

og unge.
Ulike tiltak knyttet til rus.

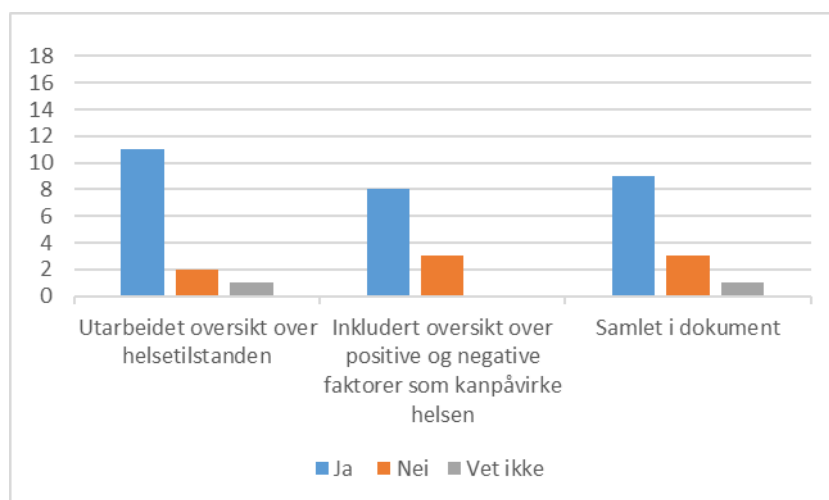
Etablert psykisk helseteam barn og unge 0-18 år, lavterskeltilbud. Jobbar i lag med oppvekst, med undervisning om psykologisk førstehjelp, alle trinn skal få denne undervisninga innan mai-18. Ulike tiltak innan helsestasjonen kring førebyggjande tiltak.

Som vi ser er det flere respondenter som tar utgangspunkt i at de deltar i ungdatabundersøkelsene og dermed får kunnskap om barn og unges psykiske helse. Denne kunnskapen benyttes inn mot tiltaksutvikling. Det vises også i sitatene til at det arbeides med psykisk helse også uten at det henvises til at det er opparbeidet kunnskap om denne tematikken gjennom ungdatabundersøkelsene. Sitatene viser også til at det er en viss bredde i måten kommuner tenker omkring psykisk helse, og vi kan anta at lokale utfordringer får ligge til grunn for utvikling av tiltak. Dette er særlig tydelig i de tilfellene det pekes på at kommunen har utfordringer med barnefattigdom.

6.3 Oversikt på fylkeskommunalt nivå

Også fylkeskommuner er pålagt å utarbeide oversikt over helsetilstanden. Vi spurte dem tre spørsmål som angår oversiktsarbeidet. For det første om det er utarbeidet oversikt over helsetilstanden, for det andre om oversikt over positive og negative faktorer som kan påvirke helsen inngår og om det er nedfelt i et dokument. Hvordan svarene fordeler seg er vist i figur 6.6 under.

Figur 6.6: *Antall fylkeskommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand, positive og negative faktorer som kan påvirke helsen og som har samlet det i et oversiktsdokument. Hele tall*



11 av fylkeskommuner som svarer på spørreskjemaet har utarbeidet oversikt over helsetilstanden i fylkeskommunen, 8 har også inkludert positive og negative faktorer som kan påvirke helsen og 9 har samlet informasjonen i et dokument.

Også på fylkeskommunalt nivå har vi spurt om hvilke temaer som inngår i oversiktsdokumentet. Fordelingen av svarene vises i tabell 6.2 under.

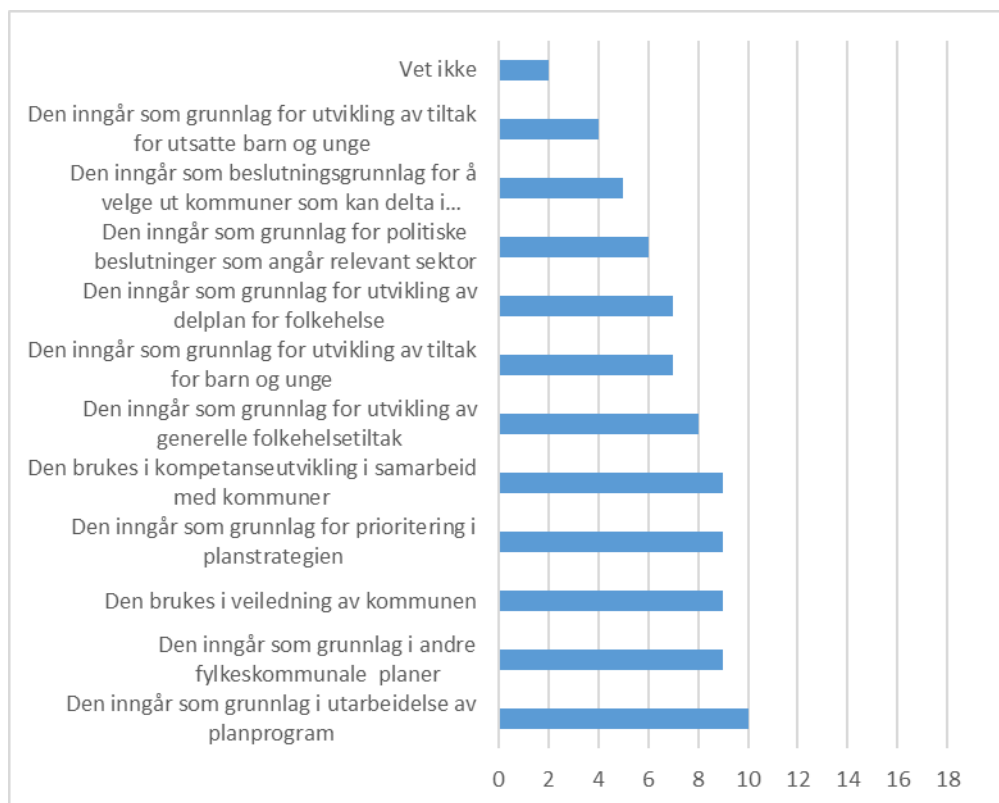
Tabell 6.2: Tema som inngår i fylkeskommunalt oversiktsdokument. Hele tall. Flere krys mulig

Arbeid og inntekt	11
Befolknings sammensetning	11
Fysisk aktivitet	11
Oppvekstmiljø	11
Skole og utdanning	11
Ernæring	10
Psykiske helseplager hos barn og unge	10
Rus (alkohol, narkotika, dop)	10
Skader og ulykker	10
Støy, luft, vann og stråling	10
Tobakk	10
Bolig og boligsosiale forhold	9
Deltakelse i kulturaktiviteter	8
Grønt- og friluftsområder	8
Sosiale møteplasser/sosialt nettverk	7
Stress hos barn og unge	6
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	6
Areal- og transportplanlegging	5

Av de 13 fylkeskommunene som har svart på surveyene er flest opptatt av arbeid og inntekt, befolknings sammensetning, fysisk aktivitet, oppvekstmiljø, samt skole og utdanning. Det er 11 som nevner dette. Av disse er det et tema som tilhører det vi kan kalle de tradisjonelle folkehelse temaene og det er fysisk aktivitet. Videre er det ti som nevner at de er opptatt av tema som ernæring, tobakk, rus, støy etc. samt psykiske helseplager hos barn og unge. Av andre temaer som direkte inngår i tematikken i denne studien, er det stress hos barn og unge som er interessant, og det er det 6 som nevner.

Vi har også spurt fylkeskommunene om de følger opp oversikten og svarfordelingen vises i figur 6.7 under.

Figur 6.7: *Antall fylkeskommuner som følger opp oversikten på ulike måter. Hele tall. Flere kryss mulig*



Figur 6.7 viser altså at av de 11 fylkeskommunene som har laget oversiktsdokument er det 10 som benytter det som grunnlag for å utarbeide planprogram. Det er videre 9 fylkeskommuner som oppgir at de benytter det som grunnlag for utarbeidelse av andre fylkeskommunale planer og planstrategien. Det samme antallet benytter det som grunnlag for veiledning av kommuner og mot den utvikling av kompetanse som gjennomføres i samarbeid med kommuner. Det er 8 som oppgir at dokumentet inngår som grunnlag for å utvikle generelle folkehelseiltak og 7 som benytter det for å utvikle tiltak rettet mot barn og unge. Like mange mener det inngår som grunnlag for å utvikle delplan for folkehelse. Videre er det 6 som mener oversiktsdokumentet inngår som grunnlag for politiske beslutninger som angår relevante sektorer. 5 mener at det inngår som grunnlag for å velge ut kommuner som kan delta i prosjekter og tiltak. Til sist spurte vi om dokumentet ligger til

grunn for å utvikle tiltak for utsatte barn og unge, og det er det fire respondenter som oppgir at det gjør.

6.4 Sosial ulikhet i helse

Sosial ulikhet peker på at materielle ressurser er fordelt ulikt mellom grupper i befolkningen. Ulikt fordelte ressurser vil medføre at noen grupper lever i relativ fattigdom. Dette er utgangspunktet for at det oppstår sosial ulikhet i helse, dvs. at noen grupper har dårligere helse enn andre, og graden av relativ fattigdom i et samfunn bestemmer hvor bratt helsegradienten blir (Daniels, Kennedy og Kawachi, 2004). Det er en sammenheng mellom ulikhet i helse og rettferdighet som Dahlgren og Whitehead (1991) peker på – ulikhet i helse blir en urettferdig situasjon hvis ulikhetene er mulig å unngå, unødvendige og utilbørlige. Dette knytter an til den måten sosiale institusjoner fungerer (Peter, 2004), og det blir et spørsmål om institusjonene legger til rette for at innbyggerne kan få like muligheter, for eksempel knyttet til fordeling av inntekt fra arbeid, av å gå i barnehager, i skolen og ellers i utdanningssystemet. Psykisk helse får en plass i dette fordi relativ fattigdom i seg selv er årsak til dårlig psykisk helse ved å undergrave følelsesmessige, åndelige og intellektuelle ressurser (Helsedirektoratet, 2014).

Videre finner forskningen ofte at lav status forhindrer folk i å endre adferd og bedre helsen, samtidig som den kan fremme adferd som forverrer helsen (røyking, rus, stillesitting). Helseulikhet er også et resultat av ulik tilgang til eller ulik bruk av helsetjenester. I denne bolken er vi derfor interessert i om kommuner tar fordelingshensyn i planprosesser og beslutninger, og om, og eventuelt hvordan, dette mønsteret har endret seg siden 2014.

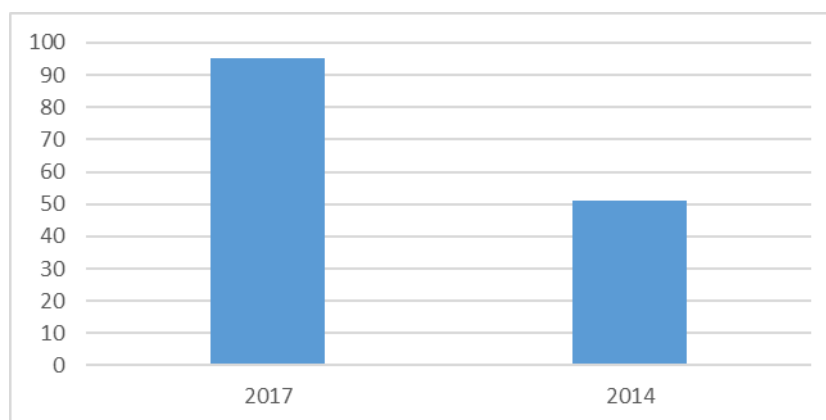
Mange av de temaene vi har tatt opp i spørsmålene vi har stilt over, for eksempel knyttet til oversiktsdokument, både for kommuner og fylkeskommuner, berører eller er indikatorområder for sosial ulikhet i helse. Slike temaer eller indikatorområder er i mange tilfeller langt fremme hos både kommunale og fylkeskommunale respondenter knyttet til spørsmålene om utfordringer (figur 4.1 og tabell 4.1) og temaer som er inkludert i oversiktsdokumentet (tabellene 6.1 og 6.2).

I oversiktsdokumentet (tabell 6.1) er det fysiske aktivitet som dominerer for kommuner, deretter kommer skole og utdanning, som knytter an til frafall, psykiske helseplager, oppvekstmiljø, rusforebygging, deltakelse i kulturaktiviteter og sosiale møteplasser. Temaer som bolig og boligsosiale forhold, samt arbeid og inntekt som begge er gode indikatorer på sosial ulikhet i helse, kommer ganske langt ned på listen. For fylkeskommuner kommer arbeid og inntekt, oppvekstmiljø, skole og utdanning, og psykiske helseplager for barn og unge høyt på listen, mens bolig og boligsosiale spørsmål, sosiale møteplasser og areal- og transportplanlegging er plassert godt nede på listen. Det er mulig at bolig, samt areal- og transportplanlegging, som etter de siste planretningslinjene skal ses i sammenheng, er godt innarbeidet tematikk i både kommuner og fylkeskommuner, men det var forventet at disse temaene ville framstå noe tydeligere som folkehelsematikk for både kommuner og fylkeskommuner. Uansett kan dette knyttes sammen i spørsmålet om sosial ulikhet, der lokalisering av boliger er et sentralt tema. Det kommer fram i forskning at bolig påvirker helse, også psykisk helse, særlig knyttet til boligområder eller nabolag der det er kriminalitet og rus, og til lokalisering i nærhet av større trafikkårer, men også knyttet til selve boligens tilstand (Helgesen et al., 2014b, Baker mfl. 2013).

Det kan altså være mange muligheter for kommuner og fylkeskommuner til å redusere sosial ulikhet i helse. Vi spurte kommunale respondenter om kommunen, slik de så det, kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. Det spurte vi også om i 2014. Andelen som svarte ja på de to tidspunktene vises i figur 6.8 under.

Som figuren viser er denne andelen mye høyere i 2017 enn den var i 2014. I 2011 spurte vi om sosial ulikhet i helse var et utgangspunkt for kommunal tjenesteproduksjon, og fikk til svar at det var det i høy grad i mange kommuner. Spesielt kom helsestasjon høyt, det gjorde også skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom.

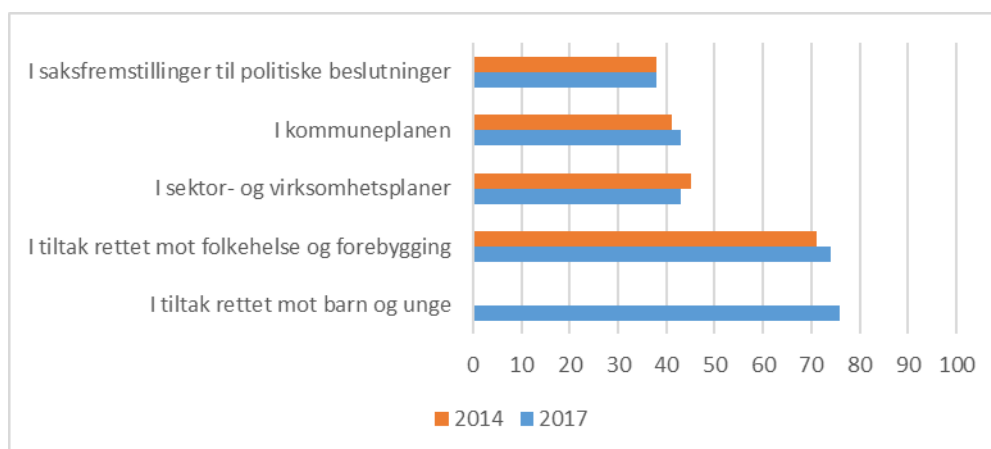
Figur 6.8: *Andel kommunale respondenter som mener kommunen kan bidra til å redusere sosial ulikhet i helse. N=2017:210, 2014:272*



Slik sosial ulikhet i helse er forklart over, kan den reduseres ved å styrke tjenesteproduksjonen, men den kan også reduseres ved at det tas fordelingshensyn i planlegging og beslutningstaking. Vi har spurt om kommuner tar fordelingshensyn knyttet til ulike aktiviteter og vi har spurt dem om det både i 2014 og 2017. Andel kommuner som tar fordelingshensyn knyttet til planer og beslutninger vises i figur 6.9 under.

I 2014 spurte vi ikke spesielt om tiltak rettet mot barn og unge, og vi ser av figuren at for 2017 er det flest som svarer at fordelingshensyn tas knyttet til slike tiltak. Som vi videre ser av figuren, er kommunenes atferd når det gjelder fordelingshensyn relativt stabil i perioden 2014-2017. Slike hensyn tas mest i betraktning i tiltak rettet mot folkehelse og forebygging (henholdsvis 71 og 74 prosent) og minst i saksfremstillinger til politiske beslutninger (38 prosent begge år). Den mest markante prosentvise endringen i dette mønster er at det er en økning på 3 prosentpoeng i kommuner som oppgir at fordelingshensyn er prioritert i tiltak rettet mot folkehelse og forebygging.

Figur 6.9: *Andel kommuner som oppgir at fordelingshensyn er prioritert 2014 og 2017. Prosent. Flere kryss mulig. N=2014:256-267 og 2017:197-203*



Utjevning av sosiale helseforskjeller er et av hovedmålene folkehelsepolitikken, og bør slik være gjenstand for politiske prioriteringer samt prioritering i kommuneplanen. Våre observasjoner viser til at utjevning av slike forskjeller fortsatt er knyttet til folkehelse spørsmål spesifikt, det ser ut til at det i mindre grad integreres i kommunenes arbeid med andre saker de også har ansvaret for.

Vi har også spurt fylkeskommuner om de oppfatter at de har virkemidler som gjør dem rustet til å redusere sosiale ulikheter i helse. Det er det 8 som mener de har, to svarer nei og tre svarer vet ikke. For de som svarer ja har vi gått videre og spurt om de kan utdype svaret sitt ved å peke på hvilke virkemidler fylkeskommunen har og hvilke ansvarsområder de er knyttet til. Det har nesten alle gjort og vi viser et par svar under.

Pedagogisk virkemidler -Vi kan informere om ulikheter i helse, innad i de ulike avdelingene og for politikerne. Vi jobber i disse dager for å få helsekonsekvensvurdering inn i den politiske malen, og må lage en opplæringsplan på arbeidet. I tillegg har vi hatt ulikheter i helse som tema på nettverkssamlinger for partnerskapsaktørene. Juridisk - vise til folkehelse loven som virkemidler om å fremme helse og ujevne ulikheter i helse. Økonomisk- vi ber

om en bedre evaluering av tiltakene – hvordan er sosiale ulikheter i helse blitt vurdert i hvert enkelt tiltak. Det hadde vært nyttig med statlig drahjelp på dette området, for det er et vanskelig tema.

I dette sitatet pekes det både på hvordan det arbeides internt i den fylkeskommunale administrasjonen, mot politikere og eksternt mot partnerkapsaktører, samt at det settes inn i en ramme av hvilke styringsvirkemidler det oppfattes at fylkeskommunen har. De er både pedagogiske, juridiske og økonomiske. Dette svaret er også interessant fordi det spesielt peker på evaluering av tiltak og vurdering av sosial ulikhet. I en annen fylkeskommune arbeider de på følgende måte for å redusere sosial ulikhet:

Gjennom regional plan med mobilisering av mange aktører. Gjennom utdanningssektoren (læringsmiljø som helsefremmende faktor for alle, forhindre frafall) og kultursektoren (sosial inkludering).

I denne fylkeskommunen arbeides det med regional plan for å redusere sosial ulikhet, samt at det oppgis at de tar i bruk utdanningsfeltet, som er ett av de tjenesteområdene fylkeskommunen kan benytte. De benytter også arbeid på kulturfeltet. Det gjør også den fylkeskommunen der vi har hentet neste sitat fra:

Konkret i forhold til tannhelse, videregående opplæring, kulturarbeid, tilskudd til regional frivillighet og ulike prosjekt på området mm. Ellers ligger mye av våre virkemidler i kunnskapsdeling, samhandling og dialog med stat, kommuner mv iht. vår rolle som regional utviklingsaktør.

Denne fylkeskommunen nevner også tannhelse som et tjenesteområde der det er mulig å arbeide med for å redusere sosial ulikhet i helse. Det fokuseres på tilskudd til regional frivillighet, samt prosjekter. Interessant i dette sitatet er likevel at det pekes på at virkemidlene ligger i kunnskapsdeling, samhandling og dialog knyttet til rollen som regional utviklingsaktør.

Til sammen viser sitatene at fylkeskommunene er nyanserte og gjennomtenkte i sin oppfatning og sine tiltak for å redusere sosial ulikhet. Vi spurte også de som mente de ikke hadde virkemidler

om de kunne utdype det og det var det også noen som gjorde. Et av svarene presenteres her, et annet skal presenteres senere.

Et konkret eksempel på dette er at regionale utviklingsmidler er veldig skjevt fordelt mellom fylkene. Nasjonale myndigheter oppfordrer oss til å redusere sosiale ulikheter for eksempel på kommunenivå. Eksempelvis er det stort fokus på å unngå parallell-samfunn, og da særlig i bydeler med levekårsutfordringer. Tilsvarende burde nasjonale myndigheter ha et større fokus på å redusere ulikheter mellom fylker. Da er inntektssystemet det viktigste verktøyet man har – men her har man ikke godt nok vurdert hvordan dette bidrar til å redusere / forsterke sosiale ulikheter.

Her pekes det på at fylkeskommunen mangler økonomiske virkemidler for å kunne arbeide for å redusere sosial ulikhet i helse.

Vi har også spurt fylkeskommuner om fordelingshensyn er prioritert. Svarkategoriene er i planstrategien (5), i relevante delplaner (9) og planprogram (9), i saksfremstillinger til politiske beslutninger (6), i tiltak innenfor fylkeskommunens arbeid med folkehelse (12), i arbeidet med forebygging (8), i det tverrsektorielle arbeidet i fylkeskommunen (9), i samarbeidet med kommuner (12) og i samarbeidet med eksterne aktører (8). På dette spørsmålet var det kategoriene fylkeskommunens arbeid med folkehelse og samarbeid med kommuner som skilte seg positivt ut og der 12 svarte bekreftende.

Vi spurte også om prioriteringshensyn er ivaretatt i tiltak og tiltaksutvikling. Svarkategoriene er av og til (8), ja, i relevante sektorer for tjenester til barn og unge (4). En svarte vet ikke.

6.5 Oppsummering

Dette kapitlet har vist at det er en stor økning i andelen kommuner som har laget oversikt over helsetilstand og positive og negative faktorer som påvirker helsen (figur 6.1). Mange har også inkludert forhold som fremmer psykisk helse i oversikten. Av andre tema som inngår i oversikten er det fysisk aktivitet de fleste krysser av for. Dernest er det skole og utdanning (tabell 6.1). Det

er også en vekst fra 2014 i andelen kommuner som oppgir at oversikten er fulgt opp. Dette knytter seg først og fremst til planstrategien (figur 6.3). Tiltak som knytter an til forebygging av psykiske lidelser er omtalt i kommunedelplaner for folkehelse, kommuneplanens samfunnsdel og økonomiplanen (figur 6.4).

Det er 13 fylkeskommuner som svarer på dette spørsmålet og 11 av dem har laget oversiktsdokument. Helt rettmessig er det en respondent som påpeker at det ikke er oversiktsdokumentet som er det viktigste, men at folkehelsearbeidet er kunnskapsbasert. Dette fordi oversiktsdokumentet ikke skal være så langt, og det må ofte benyttes kunnskap som det ikke gjøres plass til i dokumentet, når tiltak skal utvikles. Også for fylkeskommunen inngår dokumentet oftest som grunnlag i planstrategien, men det benyttes også i veiledning av kommuner og i utviklingen av kompetanse som gjøres i samarbeid med kommuner (figur 6.7). Det er små endringer fra 2014 i spørsmålet om fordelingshensyn er prioritert, i 2017 prioriteres det av flest knyttet til utvikling av folkehelseiltak for barn og unge (figur 6.9).

Det er dermed mulig å si at de fleste kommuner og fylkeskommuner enten har eller er på veg til å inkludere folkehelse generelt og folkehelseiltak for barn og unge, samt tiltak som rettes mot psykisk helse og livskvalitet, i sitt systematiske folkehelsearbeid.

Langt de fleste kommuner som har svart på undersøkelsen mener at de kan redusere sosial ulikhet i helse. På spørsmålet ser det imidlertid ut til at de knytter sosial ulikhet til tiltakene de gjennomfører på folkehelsefeltet, trolig ser de det i mindre grad som et ansvar å inkludere dette generelt i tjenesteområdene de har ansvar for. For kommunene kan vi likevel vise til kapittel 5 der vi ser at de benytter de arenaene de har, som er både egne tjenester, arenaer for fritidsaktiviteter og medvirkning for barn og unge, til å fremme folkehelseiltak som også kan medvirke til å redusere sosial ulikhet i helse. De styrker altså tjenestene sine med tiltak som kan medvirke til å redusere sosial ulikhet.

Observasjonene som gjøres i kapittelet tyder på at kommuner og fylkeskommuner er i gang med mye av det arbeidet som kreves for at de skal kunne nå resultatmålene som er satt for Program for folkehelse i kommunene knyttet til oversikt, drøfting av planbehov og planarbeid.

7 Organisatoriske ressurser

7.1 Innledning

Organisatoriske ressurser er kunnskaps- og styringsressurser kommuner og fylkeskommuner har til rådighet. Kunnskapsressurser er informasjon som knyttes til oversiktsarbeid og planprosesser, dette har vi behandlet i forrige kapittel, men det er også de personellmessige ressursene kommuner og fylkeskommuner oppfatter at de har til å drive folkehelsearbeid, og spesielt folkehelsearbeid knyttet til psykisk helse og rusmiddelforebygging. Som det ble vist til i innledningskapittelet er det en del av resultatmålene i Program for folkehelsearbeid i kommunene at alle kommuner innen 2027 har utviklet sin kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid på disse områdene.

Andre styringsressurser vi skal gå inn på her er hvilke sektorer som oppfattes å ta mye ansvar i folkehelsearbeidet, samt det tverrsektorielle arbeidet som gjennomføres i kommuner og fylkeskommuner.

7.2 Aktører som tar mye ansvar i folkehelsearbeidet

Folkehelseloven gir kommunen en nøkkelrolle i folkehelsearbeidet. Hvorvidt tiltak for forebygging av rus og psykisk lidelse har prioritet er avhengig av at det gis prioritet av en eller flere beslutningstagere i den kommunale organisasjonen. Man kan, for eksempel, tenke seg at kommuner med en høy andel psykologer presser på for at psykiske lidelse settes høyt på dagsordenen. I denne undersøkelsen har vi spurt kommunale og fylkeskommunale

respondenter hvilke aktører som tar mye ansvar i folkehelsearbeidet. Vi har ikke spurt hvilke aktører som har det formelle ansvaret for dette arbeidet selv om det kan si noe om forankring av folkehelse i kommuner og fylkeskommuner. I tidligere undersøkelser har vi forutsatt at folkehelsekoordinator har mye ansvar på kommunalt nivå og spurt hvem som er folkehelsekoordinators nærmeste leder. På denne måten har vi observert at folkehelsematikken har en helseslagside fordi en overveiende andel av respondentene har svart leder for helseavdelingen (Schou mfl., 2014; Helgesen og Hofstad, 2012). For kommuner vises svarfordelingen på spørsmålet om mye ansvar som i tabell 7.1 under.

Tabell 7.1: *Aktører som tar mye ansvar i folkehelsearbeidet. I prosent, hele tall i parentes. Kan sette flere kryss. N=206*

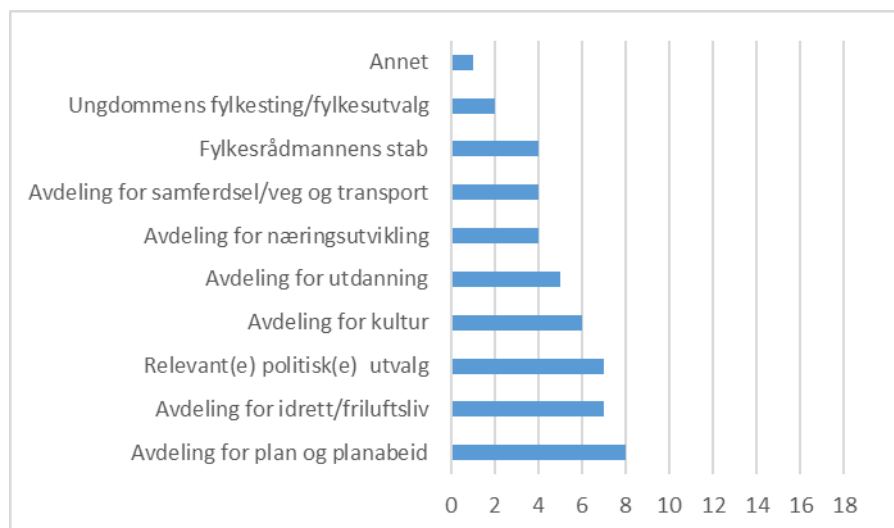
Tiltak	Frekvens
Folkehelsekoordinator	81 (172)
Ledende helsesøster	71 (151)
Frivillige organisasjoner	59 (124)
Kommunelegen	51 (107)
Leder av kultur/idrett	44 (93)
Barnehagestyrer	43 (92)
Rektorer	42 (89)
Leder psykiske helse	38 (80)
Leder av planavdelingen	31 (65)
Leder i NAV	16 (34)
Leder i barnevernet	15 (32)
Integreringskoordinator	14 (30)
Leder i rusenheten	12 (25)
Private aktører	9 (19)
Annet/ Vet ikke	11 (23)

I Tabell 7.1 ser vi at folkehelsekoordinatoren (i 81 prosent av kommunene) tar mye ansvar etterfulgt av ledende helsesøster (71 prosent). Frivillige organisasjoner (59 prosent) og kommuneleger (51 prosent) tar også mye ansvar. Tjenester for psykisk helse plasserer seg om lag midt på treet når det gjelder å ta ansvar for folkehelse, mens rusenheten ikke ser ut til å være en sentral aktør i folkehelsearbeidet (12 prosent).

I tidligere undersøkelser har vi sett at folkehelsekoordinatoren i de fleste kommuner er en deltidsressurs og altså ofte lokalisert i helsesektoren (Schou mfl., 2014; Helgesen og Hofstad, 2012). Vi har dermed antatt at folkehelsearbeidet har en helseslagside, og dette bildet styrkes i denne undersøkelsen ved at ledende helsesøster og kommunelegen kommer høyt opp som aktører i folkehelsearbeidet. Samtidig er det trekk ved bildet som dannes i 2017 som også reduserer dette inntrykket. Det knyttes først og fremst til at undersøkelsen handler om psykisk helse som gjør det naturlig at helsesøster og kommunelege er aktive, at frivillige organisasjoner kommer så pass høyt, samt at kultur og idrett også gjør det. Også barnehagestyrere og rektorer oppgis å ta mye ansvar i folkehelsearbeidet i mange kommuner. Ledere i tjenesteområder som psykisk helse og rusenheten anses ikke som aktører som tar mye ansvar i folkehelse spørsmål. Det kan tenkes at slike tjenesteområder i stor grad oppfattes som reparerende heller enn forebyggende, og at deres viktigste arbeidsområder er å yte tjenester til psykisk syke og mennesker med ruslidelser. Det er dermed naturlig at de ikke involveres mye i folkehelsearbeidet som er forebyggende og helsefremmende i karakter.

For fylkeskommunalt nivå har vi ikke spurt etter aktører som tar mye ansvar, men etter hvilke virksomheter eller avdelinger som arbeider med folkehelse. Fordelingen av resultatene vises i figur 7.1 under.

Figur 7.1: *Fylkeskommunale avdelinger som arbeider med folkehelse. Hele tall. Flere kryss mulig*



Her ser vi at avdeling for plan og planarbeid oppgis å arbeide med folkehelse av flest fylkeskommuner (8). Deretter er det avdeling for idrett/friluftsliv og relevante politiske utvalg (7).

Kulturavdelingen arbeider med folkehelse i 6 fylkeskommuner. Det kan tenkes at avdelinger for idrett/friluftsliv og kultur er sammenfallende i mange fylkeskommuner. Avdeling for utdanning arbeider med folkehelse i 5 fylkeskommuner, mens avdeling for næringsutvikling arbeider med dette i 4. Det gjør også avdeling for samferdsel og transport, samt fylkesrådmannens stab. Til slutt er ungdommens fylkesting involvert i folkehelsearbeid i to fylkeskommuner.

At det er avdeling for plan og planarbeid som arbeider mest med folkehelse i fylkeskommunene kan knyttes til fokuset som legges på det systematiske folkehelsearbeidet og sammenhengene mellom plan- og bygningsloven og folkehelseloven, særlig knyttet til oversiktsdokument og prioriteringer i planstrategien. Av samme grunn kan det antas at planavdelingene i kommunene burde være mer aktive i folkehelsearbeidet enn hva det framkommer at de er. Her er det viktig å huske på at det er en målsetting at alle kommunale enheter skal bidra i planleggingen og at folkehelse dermed også blir et tema som kan inkluderes i sektorplaner. Samtidig kan vi anta at folkehelsekoordinatoren er aktiv i

utviklingen av en kommunedelplan for folkehelse for eksempel, og selv om vi regner med at helsefokuset er forlatt i en del kommuner, er sjansen stor for at arbeidet styres fra kommunale helsesektorer. Dette bildet kan nyanseres ved å se på graden av tverrsektorielt arbeid i kommuner og fylkeskommuner.

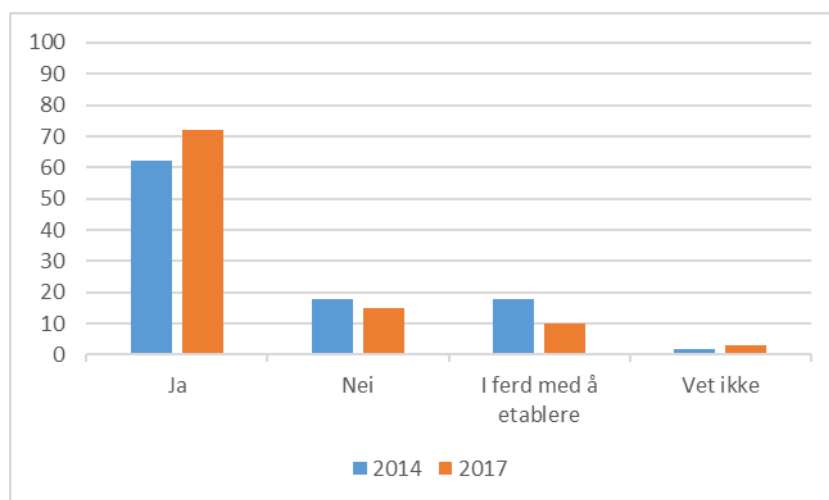
7.3 Tverrsektoriell koordinering av folkehelsearbeidet

Samarbeid og innsats på tvers av sektorgrenser er viktig i folkehelsearbeidet og er en realisering av idealet om at kommunene skal tenke «helse i alt vi gjør». Deltagelse i tverrsektorielle arbeidsgrupper er en relevant indikator på at det tverrsektorielle samarbeidet på folkehelsefeltet er prioritert.

I undersøkelsen har vi stilt to spørsmål om tverrsektorielle arbeidsgrupper. Først stilte vi et spørsmål om kommunen har etablert interne tverrsektorielle arbeidsgrupper som arbeider med folkehelse. Vi poengterte at vi er interessert i grupper som fungerer på strategisk nivå i kommunene. Resultatet på dette spørsmålet, sammenlignet med resultatene fra et tilsvarende spørsmål spurt i undersøkelsen fra 2014, vises i figur 7.2 under. Dernest ba vi respondentene krysse av for hvilke kommunale tjenester som deltar i gruppene. Resultatet vises i figur 7.3.

Av figur 7.2 ser vi at det siden 2014 er en økning på åtte prosentpoeng i antall kommuner som har strategiske tverrsektorielle grupper som arbeider med folkehelse.

Figur 7.2: *Andel kommuner som har strategiske tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelseområdet 2014 og 2017. Prosent. N= 2014:283 og 2017:212*



I 2017 er det 72 prosent svarer at de har tverrsektorielle arbeidsgrupper på strategisk nivå, mens 15 prosent svarte nei og 10 prosent svarte at de er i ferd med å etablere slike grupper. Tre prosent visste ikke. Hvordan å være «i ferd med» tolkes er et skjønsspørsmål, vi velger å tolke det som et tja – at de ikke har etablert fullverdige tverrsektorielle arbeidsgrupper, men at de på ulike andre måter arbeider tverrsektorielt med folkehelse spørsmål. Det er en høyere andel som oppgir at de har slike grupper i 2017 enn det var i 2014, det er også en lavere andel som svarer nei og at de er i ferd med å etablere slike grupper.

I tabell 7.2 under vises de kommunale tjenesteområdene som hyppigst oppgis å delta i slike grupper.

Tabell 7.2: *Deltagelse i tverrsektorielle arbeidsgrupper fordelt på tjenesteområder i 2017. I prosent, hele tall i parentes. Flere kryss mulig. N=212*

Tjenesteområder	Frekvens
Skoler	72 (153)
Helsestasjonstjenesten	71 (151)
Skolehelsetjenesten	65 (137)
Barnehager	60 (127)
Kommunelegen	57 (121)
Kultur og idrett	56 (119)
Rådmannens stab	56 (118)
Plan/miljø/teknisk	56 (118)
Psykiske helsearbeid	52 (110)
Pleie og omsorg	43 (91)
Frisklivssentral	41 (86)
NAV-sosial	38 (80)
Barnevern	36 (78)
Enhet for rus	27 (57)
PPT	26 (55)
Bolig	14 (29)
Annet/vet ikke	13 (27)

Av tabellen ser vi at skoler (72 prosent) deltar mest i tverrsektorielle arbeidsgrupper i 2017, mens helsestasjonstjenesten også er en aktør som er aktiv i slike grupper (71 prosent), etterfulgt av skolehelsetjenesten (65 prosent). Etater som har ansvar for psykisk helse er også aktive i over halvparten av de angjeldende kommunene (52 prosent). Enhet for rus har en noe mer beskjeden deltagelse (27 prosent).

Når vi sammenligner 2017-tallene med 2014-tallene som presenteres under, ser vi at enheter som helsestasjon, skolehelsetjeneste og skoler er de mest aktive deltagerne i tverrsektorielle grupper på begge tidspunktene. Det var de også i 2011. Videre er deltagelsen fra 'psykisk helsearbeid' relativt stabil (52 mot 56 prosent), også denne holder seg fra 2011. Det samme gjør kultur og idrett, mens avdelinger etc. for rus er lavere i 2017 enn i 2014 (henholdsvis 27 og 40 prosent), også i 2011 plasserte den seg som en av de avdelingene som deltok minst i tverrsektorielt arbeid. Akkurat dette kan være et resultat av at

mange kommuner har en felles enhet for tjenester innenfor rus og psykisk helse.

Tabell 7.3: *Enheter som deltok i tverrsektorielt samarbeid om folkehelse i 2014. Prosent, hele tal i parentes. Flere kryss mulig. N= 176*

Enhet som deltar	Andel i 2014
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	81 (143)
Skoler	75 (132)
Kommunelegetjenesten	71 (126)
Rådmannens stab	68 (120)
Kultur og idrett	67 (119)
Plan/miljø/teknisk	65 (114)
Psykisk helsearbeid	56 (99)
Barnehager	50 (88)
Pleie og omsorg	48 (84)
Frisklivssentraler	47 (83)
Barnevern	41 (72)
Rusarbeid	40 (71)

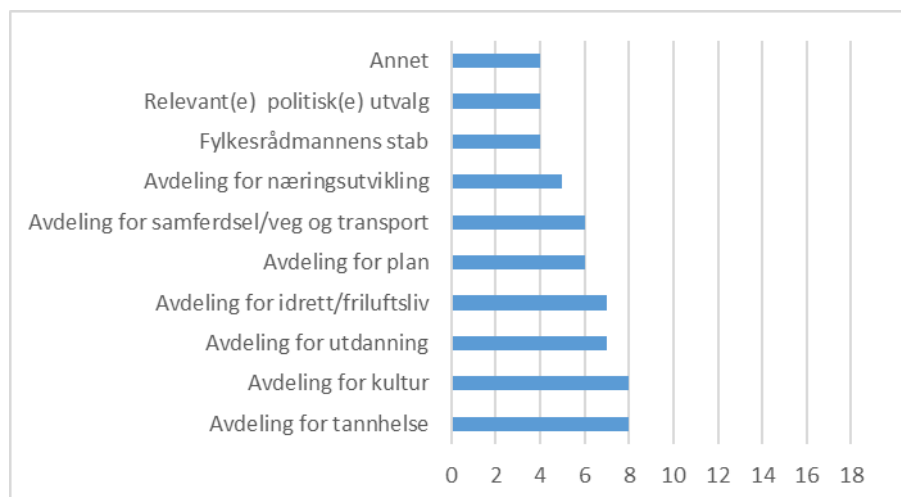
Vi ser i disse to tabellene at plan/miljø/teknisk plasserer seg midt på treet angående deltakelse i tverrsektorielle arbeidsgrupper på folkehelsefeltet. Det ser dermed ut som om det noe ensidige bildet av denne/disse avdelingenes deltakelse i folkehelsearbeid blir noe nyansert i forhold til bildet som ble tegnet for kommuner i tabell 7.1 over. Det som kanskje også er interessant i vår sammenheng er at barnehagene ser ut til å delta mer i tverrsektorielle arbeidsgrupper i 2017 enn de gjorde i 2014 (og også i 2011).³

Over, i figur 7.1, ser vi at det var mange enheter som var involvert i folkehelsearbeid i fylkeskommunene. På spørsmålet om fylkeskommunen har et administrativt team eller utvalg som arbeider spesielt med folkehelse er det 10 fylkeskommuner som oppgir at de har det. En fylkeskommune påpeker i et åpent spørsmål at de ikke har administrativt utvalg, men kun politisk utvalg. Dette møtes to ganger i året, men har ikke vedtaksmyndighet. Særegent med dette utvalget, påpekes det, er at folkehelse møter politikerne, og at politikerne blir presentert for folkehelses spørsmål som skal behandles politisk.

³ For opplysninger om 2011 se Helgesen og Hofstad (2012:96).

Også på fylkeskommunalt nivå er det slik at noen avdelinger er mer involvert i folkehelsearbeidet enn andre. Figur 7.3 under viser hvordan dette fordeler seg blant de fylkeskommunene som har svart på undersøkelsen.

Figur 7.3: *Avdelinger som deltar i tverrsektorielt utvalg i fylkeskommuner. Hele tall*

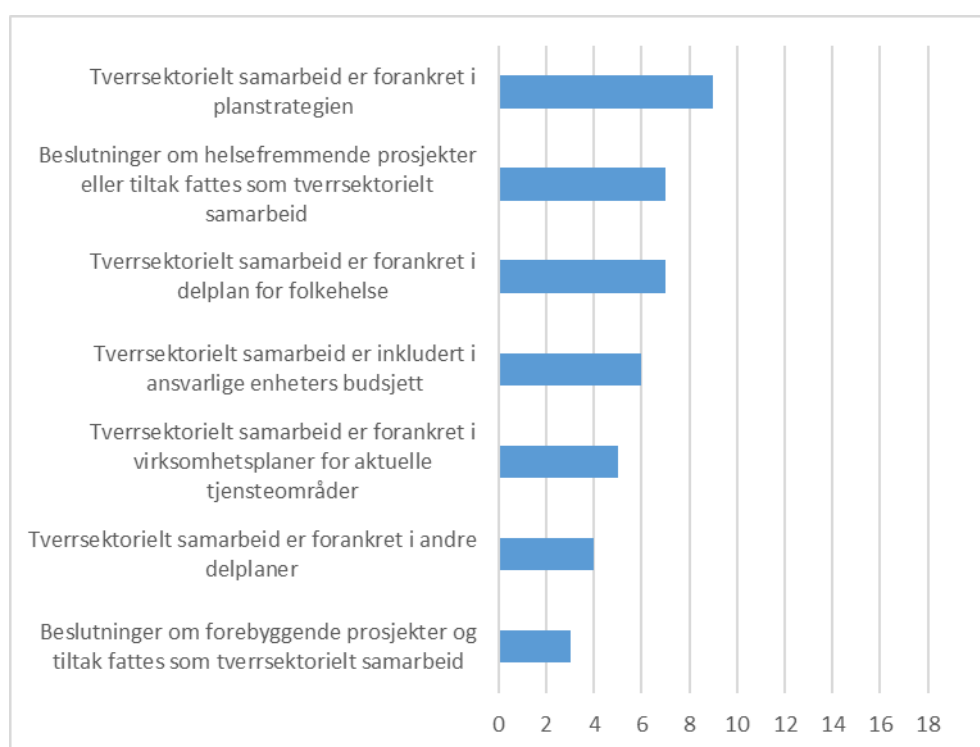


Som figuren viser er det avdelingene for tannhelse og kultur som deltar mest i slike grupper (8). Dernest er det avdelingene for utdanning og idrett/friluftsliv (7). Avdeling for plan deltar i under halvparten av fylkeskommunene som har svart på undersøkelsen, det gjør også avdelingen for samferdsel, veg og transport (6). Avdeling for næringsutvikling deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper om folkehelse i 5 fylkeskommuner. Fylkesrådmannens stab og relevante politiske utvalg deltar i slike grupper i 4 fylkeskommuner.

Vi har i et åpent spørsmål bedt respondentene oppgi hvilket utvalg hvis de har svart relevante politiske utvalg. Av svarene ser vi at det er mange politiske utvalg som anses å være relevante, og de varierer i betegnelse og hvilke saker som er organisert sammen i utvalg. Det nevnes politisk oppnevnte brukerråd, hovedutvalg for kultur, frivillighet og folkehelse, hovedutvalg for kultur, idrett og folkehelse, Kultur- og folkehelseutvalget, Opplæringskomiteen, nærings- og kulturkomiteen samt Samferdselskomiteen.

Hvis tverrsektorielt arbeid skal ha effekt bør det forankres institusjonelt på en eller flere måter. Vi har derfor spurt fylkeskommunene hvor viktig noen virkemidler anses å være for å følge opp det tverrsektorielle arbeidet. I dette spørsmålet ba vi dem rangere om de anser virkemiddelet som svært viktig, viktig, mindre viktig eller uaktuelt. Figur 7.4 under viser hvor mange av dem som svarte på spørsmålet som anser virkemidlene vi har spurt om

Figur 7.4: *Antall fylkeskommuner som vurderer virkemidlene som svært*



viktige. Hele tall. Flere kryss mulig

Det virkemiddelet som oftest vurderes som svært viktig er å forankre tverrsektorielt arbeid i planstrategien (9). Dernest er det om beslutninger om helsefremmende og forebyggende prosjekter fattes som tverrsektorielt samarbeid (7). Det indikerer om flere enheter/etater er delaktige i å fatte beslutninger om prosjekter og

annet som skal settes i gang. Forankring i kommunedelplan for folkehelse anses som like viktig. Tverrsektorielt arbeid har en kostnadsside, og å gjøre det til en post i ansvarlige enheters budsjett er en anerkjennelse av at slikt arbeid tas på alvor. Det er 6 fylkeskommuner som har inkludert det i budsjettet til ansvarlig enhet. 5 forankrer det i virksomhetsplaner, 4 i andre delplaner og 3 fatter beslutninger om forebyggende prosjektet som tverrfaglig samarbeid.

Også for fylkeskommunene ser vi at det bildet som ble skapt i figur 7.1, der avdelingen for plan og planarbeid ble oppgitt av flest å være den virksomheten/avdelingen som arbeider mest med folkehelse, ble noe nyansert når vi også tar tverrsektorielt arbeid i betraktning. Der er det avdelingene for tannhelse og kultur som er de som oftest blir oppgitt å delta, avdeling for plan plasserte seg litt ned på listen.

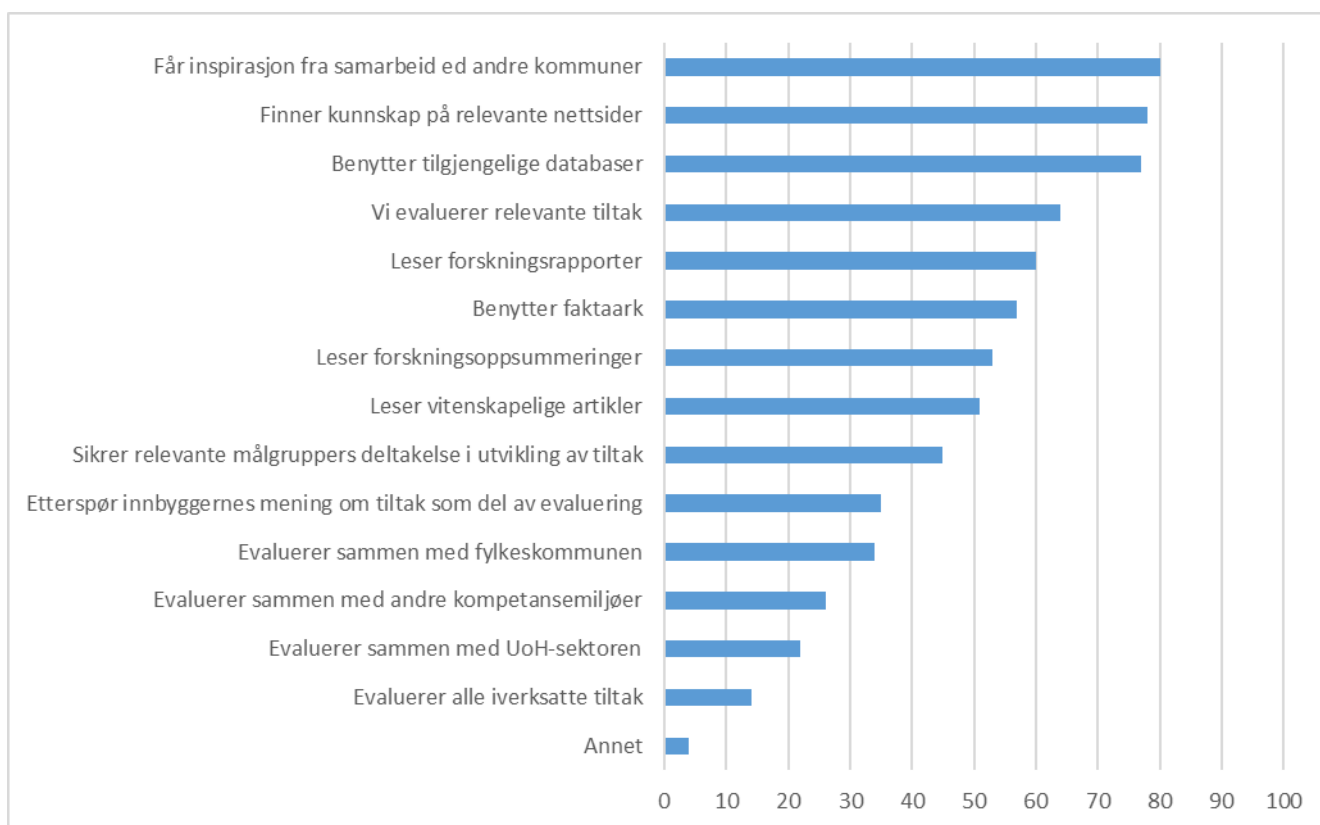
7.4 Kommuners og fylkeskommuners kunnskap om virkingen av tiltak

Folkehelseiltak bør være kunnskapsbasert. Det kan bety at de baserer seg i forskningsbasert kunnskap om hvilke tiltak som fungerer under gitte forhold. På denne måten kan kommuner og fylkeskommuner være sikre på at de tiltakene som settes i verk er effektive. I denne undersøkelsen har vi spurt kommuner om hvilke kilder de konsulterer når de vurderer effekten av de tiltakene de iverksetter. Dette vises i figur 7.5 under. Vi har også spurt kommuner og fylkeskommuner om de har kompetanse om evaluering av folkehelseiltak.

Som vi ser av figur 7.5 er inspirasjon fra samarbeid med andre kommuner, søking på relevant nettsider og søking i tilgjengelige databaser de mest utbredte måtene kommuner skaffer seg kunnskap om effekten av kommunens iverksatte tiltak på (henholdsvis 80, 78 og 77 prosent av kommunene oppgir dette). Evalueringer av relevante tiltak gjennomføres i godt over halvparten av kommunene (64 prosent). Som vi ser er det ganske mange som leser forskningsrapporter, benytter faktaark, leser forskningsoppsummeringer og vitenskapelige artikler (henholdsvis 60, 57, 53 og 51 prosent). Kommunene sikrer relevante

målgruppers deltakelse i utvikling av tiltak (45 prosent). Dette kan tolkes som bruker- og innbyggerinvolvering.

Figur 7.5: *Måter kommuner skaffer seg kunnskap om tiltak virker. Prosent. Flere kryss mulig. N=201*



Kommunene tar altså i bruk et variert sett av virkemidler for å få kunnskap om virkningene av tiltak de har satt i verk eller få kunnskap om virkningene av tiltak de ønsker å sette i verk.

7.4.1 Evaluering av tiltak

Evaluering av tiltak står sentralt i Program for folkehelsearbeid i kommunene og inngår som en viktig del av læringsarbeidet kommuner kan gjennomføre, samt at det vil sikre en lokal kunnskapsbasering av tiltak. Folkehelseinstituttet peker på at evaluering kan vektlegge effekt og gjennomføring av et tiltak, samt brukererfaringer og deltakelse (<https://www.fhi.no/kk/>

folkehelse tiltak/om-evaluering-av-folkehelse tiltak/). Vi har ikke spurt så detaljert om innholdet i evalueringer kommunene gjennomfører, men vi har vært mer opptatt av utbredelse og eventuelt samarbeid med andre aktører. Det ligger forventninger i HelseOmsorg21-strategien om at universitets- og høyskolesektoren skal bidra til kunnskapsutvikling i kommunene, og det er en forventning også i programmet om at disse sektorene skal være aktive knyttet til utvikling og evaluering av tiltak. Det er også en forventning i lovverket om samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner og vi vet at kommuner inspireres av samarbeidet med hverandre.

Som figur 7.5 viser er det bare en liten andel av kommunene som evaluerer alle iverksatte tiltak (14 prosent). Det er flere som evaluerer tiltak i samarbeid med andre aktører som UoH-sektoren, andre kompetansemiljøer og fylkeskommunen (henholdsvis 22, 26 og 34 prosent). Det er 35 prosent som spør innbyggerne som del av evaluering av tiltak. Dette svaret kan reflektere at brukerundersøkelser er begynt å bli ganske vanlig, og at disse kan vurderes som en form for evaluering – hvis innbyggerne er positive kan tiltakene evalueres som gode. Den typen evaluering som etterspørres knyttet til programmet er systematiske evalueringer av de enkelte utviklingsprosjektene.

Når vi spør fylkeskommunene om de har kompetanse om evaluering av tiltak er det 9 som svarer at det har de, 1 svarer nei og 3 vet ikke. Vi har fulgt opp dette spørsmålet med et åpent spørsmål: Hvis fylkeskommunen ikke har slik kompetanse, kan du utdype hvordan dere arbeider med evaluering av tiltak? 5 har svart på dette, under gjengir vi to svar. Det første peker blant annet på at fylkeskommunen har kompetanse, men at evaluering likevel ikke gjøres godt nok og at dette ikke nødvendigvis skyldes forhold i fylkeskommunen:

At vi har kompetansen betyr ikke at dette gjøres godt nok. Det betyr at spørsmålsformuleringen like gjerne kunne ha vært snudd på hodet. Dette handler også om mange andre problemstillinger. Hvilken kapasitet har vi? Er for eksempel kommunene interesserte i å evaluere tiltak? Dette kunne vi ha skrevet mye mer om.

Et annet svar tar opp tilnærmet like forhold, men fokuserer på at dette er et ukjent landskap og at det er lite støtte å finne ved å henvende seg til forskningen. Samtidig fokuserer de på hva de selv kan gjøre for å øke evaluering av tiltak:

Vi kan bli flinkere. Vi har hatt en samling for å synliggjøre forskningsbehov og planlegger en ny i 2017. Det er lite stoff om evaluering, selv om FHI har fått noe på sine sider innen folkehelse. Gullstandarden på forskning og evaluering gjør det vanskelig å jobbe med for kommuner og frivillige organisasjoner. Vi har prøvd å øke kompetansen på at det finnes ulike typer evalueringsprosesser og målevaluering, og at begge er viktige i et folkehelseperspektiv. Vi etterspør i årlig spørreundersøkelser og minner alltid om [at] evaluering må gjennomføres på tiltakene i handlingsplanen. Vi ser at det er vanskelig å måle, ha gode måleindikatorer og følge prosessen ute blant tiltakene.

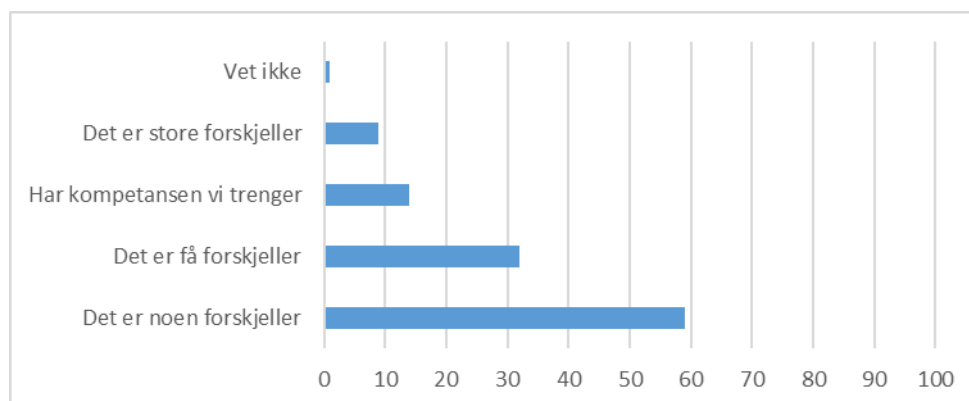
Dette svaret peker også på at evaluering er utfordrende for fylkeskommunene, det vil nok også bety at det er utfordrende for kommunene. Å finne regionale og lokale måleindikatorer vil kreve at kommuner og fylkeskommuner har god oversikt over utfordringsbildet, helsetilstand og faktorer som påvirker helsen. Dette er nødvendig også for å kunne gjøre seg opp en mening om hvilket behov det er for tiltak på folkehelsefeltet og dermed for hvilke tiltak det vil være best å sette i verk. Dette vil igjen påvirke vurderinger av behovet for å evaluere tiltak. Hvis kommuner og fylkeskommuner iverksetter tiltak ut fra eget utfordringsbilde er det for eksempel ikke sikkert at overføringsverdien til andre er stor. For å kunne gjennomføre evaluering kan det også være viktig å ha ansatte med kompetanse om forskjellige typer forskningsmetoder eller med kompetanse som gjør det fruktbart å inngå i et gjensidig samarbeid med UoH-sektoren og andre kompetansemiljøer.

7.5 Kompetanse i kommuner og fylkeskommuner

Å ha god kompetanse på de tjenesteområdene kommunen har ansvaret for anses som viktig for å kunne yte gode tjenester. Vi ser over at 81 prosent av kommunene har en folkehelsekoordinator som de anser at er en sentral aktør i folkehelsearbeidet. Vi vet ikke hvilken utdanningsbakgrunn og stillingsprosent vedkommende har, men uansett innebærer det at mange kommuner har satt av en ressurs til folkehelsearbeid som også innebærer kompetanse. I denne bolken presenterer vi tall om kommunenes oppfatninger om de har tilstrekkelig kompetanse som kan benyttes inn mot inkludering av psykisk helse, livskvalitet og rusmiddelforebygging i folkehelsearbeidet. Vi presenter også tall om hvordan kommunen arbeider for å sikre seg kompetanse. For fylkeskommuner har vi stilt spørsmålet noe annerledes og spurt om de har forskningskompetanse angående folkehelse. Dette har vi gjort fordi vi antar i utgangspunktet at det er kompetanse som også kan benyttes inn mot folkehelsearbeid i fylkeskommunene.

Kommunene ble spurt om de oppfatter at det er forskjeller mellom den kompetansen de har og den kompetanse de trenger for å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse og rusmiddelforebyggende arbeid.

Figur 7.6: *Andel kommuner som oppgir at det er forskjell mellom den kompetansen de har og den de trenger. Prosent. Flere svar mulig. N=212*



Som vi ser av figuren er det bare 9 prosent av kommunene som oppgir at det er store forskjeller mellom den kompetanse de har og den kompetanse de trenger for å fremme psykisk helse i folkehelsearbeidet. 14 prosent mener de har rett kompetanse og 32 mener det er få forskjeller. Hele 59 prosent mener det er noen forskjeller på den kompetansen de har og den de trenger.

Dette sier ikke noe om hvilke områder kommunene har denne kompetansen eller mangelen på kompetanse på, om det for eksempel er knyttet til arbeidsområdene fysisk aktivitet eller psykisk helse og livskvalitet. Det sier likevel noe om hvordan kommunale respondenter oppfatter situasjonen for kompetanse på folkehelsearbeid. Som vi ser er det 59 prosent som mener at det er noen forskjeller mellom den kompetansen de har og den de trenger. Dette kan indikere at det er behov for et kompetanseløft på noen områder angående folkehelse i kommunene. Knyttet til svarene vi har fått på evalueringsspørsmålene våre, kan det tyde på at evaluering er et område der det trengs mer kompetanse.

At det kan være behov for et kompetanseløft på noen områder ser vi også i utdypningsspørsmål vi har stilt. Det er 71 prosent av respondentene som oppgir at deres kommune har behov for å rekruttere og heve kompetansen i oppveksttjenesten og at det er en del av dennes planer. 61 prosent mener det samme for enhet for psykisk helsetjeneste.

For fylkeskommunene har vi spurt litt annerledes og vi ønsket blant annet oversikt over om de har forskningskompetanse og kompetanse til å evaluere tiltak. Vi definerte forskningskompetanse som ansatte med doktorgrad og det er det 6 av fylkeskommunene som svarte på undersøkelsen som har. I et åpent spørsmål spurte vi om fylkeskommunene kunne si noe om hvordan denne kompetansen ble benyttet. Der har noen pekt på at slik kompetanse benyttes i kunnskapsinnhenting og for å gjennomføre kvantitative analyser, og i opplegg for egne undersøkelser, samt at den bidrar til kvalitetssikring av helseoversikten.

Enkelte vektlegger også at slik kompetanse benyttes for å gjennomføre metoderådgivning og til å tolke data fra eksterne kilder. Det nevnes spesielt at den benyttes til veiledning og rådgivning av kommuner og bidrag til kompetanseoppbygging. Kompetansen benyttes videre til utvikling av planunderlag. Det

pekes også på at medarbeidere med kompetanse på dette nivået benyttes inn i samarbeid med eksterne, regionale forskningsmiljøer. Det handler da om å delta i utvikling av masterstudier- og oppgaver, delta i forskningssøknader, skrive forskningsartikler og representere fylkeskommunen i diverse møter med andre aktører.

Det er også noen respondenter som benytter anledningen til å peke på at de har kompetanse på masternivå og at denne også kan benyttes inn mot tilsvarende funksjoner som det nevnes over at kompetanse på doktorgradsnivå benyttes til. Det pekes også på at det er begynt et arbeid for at medarbeidere med utdanning på masternivå kan ta offentlige doktorgrader. En respondent benytter også anledningen til å påpeke at fylkeskommunen har en stor analysestab der det er kompetanse, og vedkommende uttrykker klar misnøye med at undersøkelsen spør etter kompetanse på doktorgradsnivå.

To av fylkeskommunene som ikke har slik kompetanse har vurdert å ansette medarbeidere med doktorgrad. Det framkommer i dette og et annet åpent spørsmål at en del fylkeskommuner har godt og stabilt samarbeid med kompetansemiljøer per i dag, og 7 oppgir at de mener det er tilstrekkelig, mens 6 mener at det ikke er det. Vi stilte disse et oppfølgingsspørsmål der vi ønsket svar på hvilke aktører de ønsket å samarbeide mer med og hva slags samarbeid de ønsket mer av. En respondent svarte slik:

Vi har per i dag god kontakt med høyskolemiljøene, hvor vi fra fylkeskommunen blant annet blir brukt som forelesere, men deltakelse i programmet vil styrke samarbeidet ytterligere. Og vi har et potensiale i å få til samarbeid med andre fagområder, blant annet lærerutdanning.

He er det etablert interessante samarbeidsformer og dette kommer vi nærmere inn på i neste kapittel.

7.6 Oppsummering

Organisatoriske ressurser har vi definert som aktører som er aktive i folkehelsearbeidet, tverrsektorielle grupper på strategisk nivå som arbeider med folkehelse samt kompetanse. For kommuner er det

folkehelsekoordinatoren som oftest (81 prosent, tabell 7.1) oppgis at har mye ansvar i folkehelsearbeidet. For fylkeskommunene spurte vi etter virksomheter eller avdelinger som arbeider med folkehelse, og det oppgis av flest å være enhet for plan og planarbeid (figur 7.1). Vi spurte også om kommunene har tverrsektorielle grupper på strategisk nivå som arbeider med folkehelse. I kommuner er det 72 prosent som oppgir at de har det, det er en økning fra 2014 (figur 7.2). For fylkeskommunene er det 10 av 13 som har svart på undersøkelsen som oppgir at de har tverrsektorielle arbeidsgrupper på strategisk nivå.

I kommunene er det skoler, helsesøstertjenesten og skolehelsetjenesten som er de avdelingene som deltar oftest, det er en økning for barnehager siden 2014. (tabellene 7.2 og 7.3). I fylkeskommunene er det avdeling for tannhelsetjeneste som oppgis å oftest delta i tverrsektorielle arbeidsgrupper (figur 7.3). Det er altså ikke nødvendigvis de aktørene som har mest ansvar for folkehelsearbeidet som deltar mest i tverrsektorielle arbeidsgrupper verken i kommuner eller fylkeskommuner.

Når det gjelder kompetanse har vi spurt litt ulike spørsmål på henholdsvis kommunalt og fylkeskommunalt nivå. Vi spurte kommunale respondenter hvordan kommunene skaffer seg kunnskap om virkning av tiltak. Dette skjer på ulike måter og flest får inspirasjon fra samarbeid med andre kommuner (80 prosent, figur 7.5). Ellers viser denne figuren at kommunene er aktive på ulike måter for å skaffe seg kunnskap om virkningen av tiltak, og nesten like mange finner kunnskap på relevante nettsider og benytter tilgjengelige databaser. Kommunale respondenter (59 prosent, figur 7.6) peker også på at det er noen forskjeller i den kompetansen de mener de har og den de trenger. For fylkeskommunene spurte vi om de har kompetanse på doktorgradsnivå, det er det 6 av fylkeskommunene som oppgir at de har. Vi spurte også om de har kompetanse til å evaluere folkehelseiltak og 9 mener at det har de.

8 Samstyring

8.1 Innledning

Vi ser i kapittel 1 at samstyring dreier seg om en ikke-hierarkisk koordinering av ressurser fra både offentlig og privat sektor og der ressursene gis felles retning og mening i et samspill mellom aktører. Ved utfordringer som folkehelse er det tydelig at en enkelt aktør ikke har tilstrekkelig oversikt, informasjon og kunnskap til å kunne utforme virkemidler for å håndtere det alene. En måte å legge til rette for felles innsats er å legge til rette for mer eller mindre formaliserte former for samarbeid. Det kan være alt fra ad-hoc-basert samarbeid i enkeltsaker til kontraktsbaserte samarbeid i partnerskap. Samstyring er også et inntak til å fange den tverrsektorielle karakteren folkehelsearbeidet har.

Program for folkehelsearbeid i kommunene peker på mange trekk som ønskes fremmet ved folkehelsearbeidet og som kan identifiseres som samstyring. Blant annet at det bør forekomme erfaringsdeling mellom kommuner, og at KS kan arrangere erfaringsnettverk mellom kommuner for å få dette til. Det vises også til at det på sentralt nivå skal legges til rette for samarbeid mellom aktører, det inkluderer aktører fra frivillig sektor.

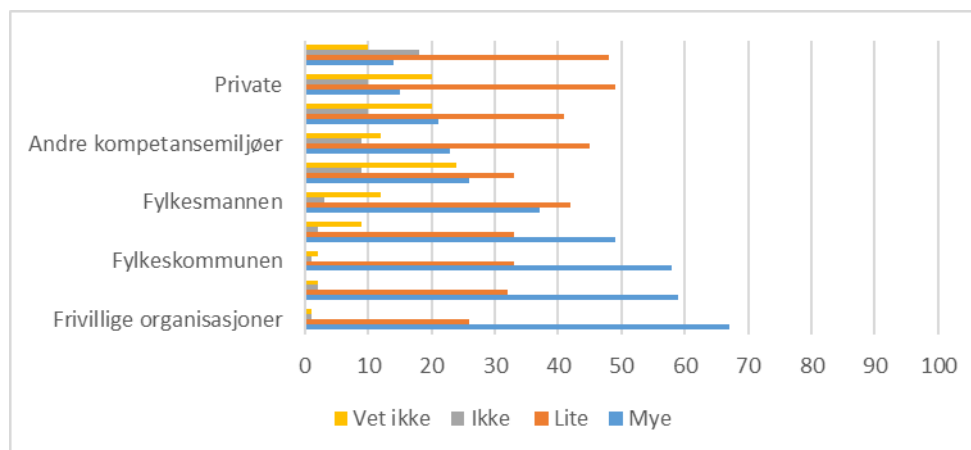
Folkehelseloven pålegger kommuner å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor (Helsedirektoratet, 2017), og slikt samarbeid har en lang tradisjon i Norge og det er noen kommuner som er i startgropen med å utvikle en frivilligpolitikk. Programmet har også mål om å styrke det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet og i den forbindelse legges det til rette for samarbeid med kompetansemiljøer. Dette dreier seg om regionale kompetansesentre som Regionale kompetansesentre for barn og unge (RKBU) og Regionsenter for barn og unges psykiske helse

(RBUP), samt regionale Kompetansesentra for Rus (KoRus). HelseOmsorg21-strategien vektlegger UoH, samt instituttsektorens ansvar for å medvirke til innovasjon og næringsutvikling og Program for folkehelse i kommunene peker også på at UoH-sektoren bør bidra til kunnskapsutviklingen i kommuner, samt med støtte til fylkeskommuner. Fylkeskommuner som blir programfylker skal også etablere et samarbeidsorgan for å arbeide med Program for folkehelsearbeid i kommunene.

8.2 Kommunenes og fylkeskommunenes samarbeid med eksterne på folkehelseområdet

Samarbeid med eksterne aktører kan ofte være nyttig både for å få input og la seg inspirere til å iverksette tiltak, som vi så i forrige kapittel, men det kan også være sentralt for å gjennomføre og evaluere folkehelseiltak. Som en del av undersøkelsen har vi derfor stilt spørsmål om i hvilken grad kommunene samarbeider med en rekke aktører. Vi ba kommunale respondenter svare på om de samarbeidet mye med dem, eventuelt lite eller ikke i det hele tatt. Det var også en avkrysningsmulighet for vet ikke. I figur 8.1 under ser vi hvilke aktører kommunen samarbeider med og omfanget av samarbeidet.

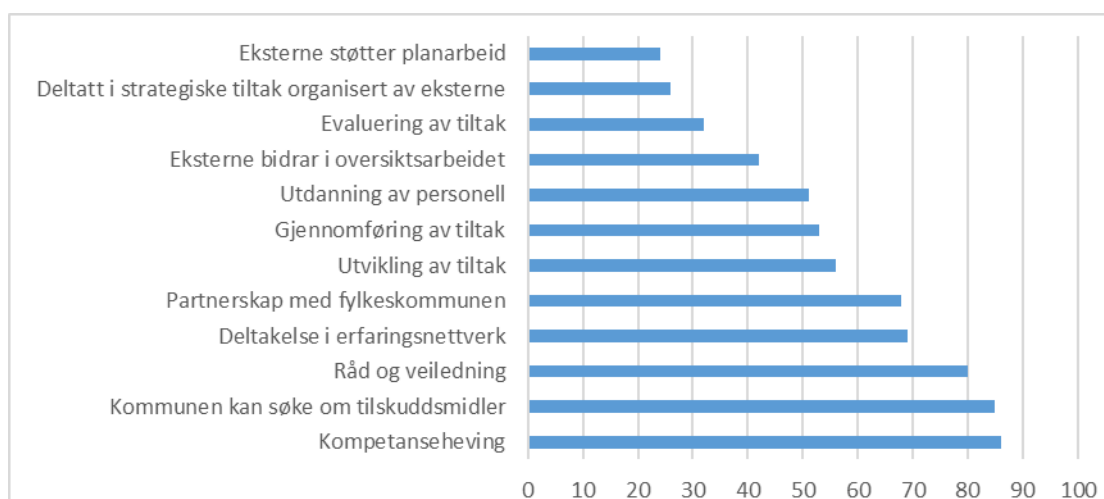
Figur 8.1: *Kommunenes samarbeidsmonster med eksterne aktører. Aktørtypen og frekvens. Prosent. N=202*



Figuren viser at de fleste kommunale respondentene som svarer på spørsmålet mener at kommunen samarbeider mye med frivillig sektor (67 Prosent). Dernest samarbeider kommuner mye med andre kommuner, og med fylkeskommuner (henholdsvis 59 og 58 prosent). På den neste plassene kommer KoRus, fylkesmannen og R-BUP (henholdsvis 49, 37 og 26 prosent). 23 prosent mener at kommunene samarbeider mye med andre regionale kompetansemiljøer, 21 prosent samarbeider mye med KS, 15 prosent med private aktører og 14 prosent samarbeider mye med universitets- og høyskolesektoren.

Figuren viser også at kommunale respondenter mener kommunene har lite samarbeid med noen av de aktørene som Program for folkehelsearbeid i kommunene løfter fram, som andre regionale kompetansemiljøer, KS og UoH-sektoren. I figur 8.2 under gis det en oversikt over hva kommunen samarbeider med eksterne aktører om.

Figur 8.2: *Innholdet i samarbeidet. Prosent. Flere kryss mulig. N=205*

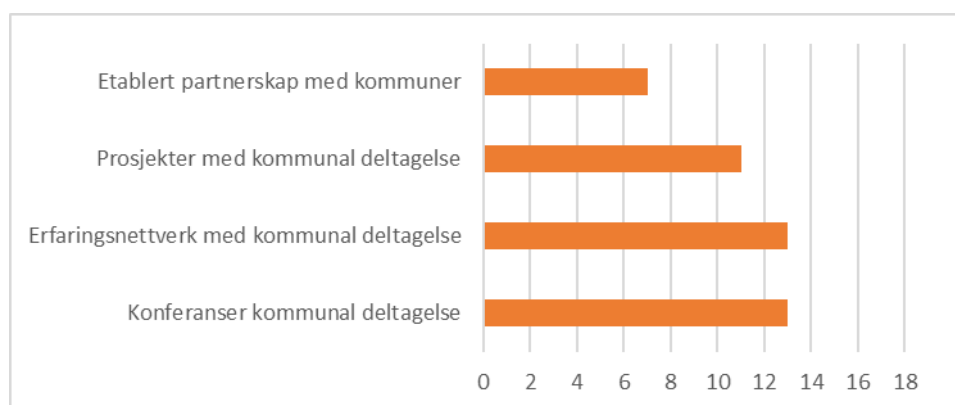


Av denne figuren fremgår det at det mest utbredte innholdet i kommunenes samarbeid med eksterne aktører er samarbeid om kompetanseheving og samarbeid med aktører som kommuner enten kan søke om midler hos, eller det samarbeides om søking av økonomiske midler (henholdsvis 86 og 85 prosent). Dernest er det mye samarbeid som innebærer råd og veiledning (80 prosent). Videre samarbeides det mye i erfaringsnettverk og i partnerskap

med fylkeskommunen (henholdsvis 69 og 68 prosent). Det samarbeides også hyppig om utvikling og gjennomføring av tiltak (56 og 53 prosent), men noe mindre om evaluering av tiltakene (32 prosent).

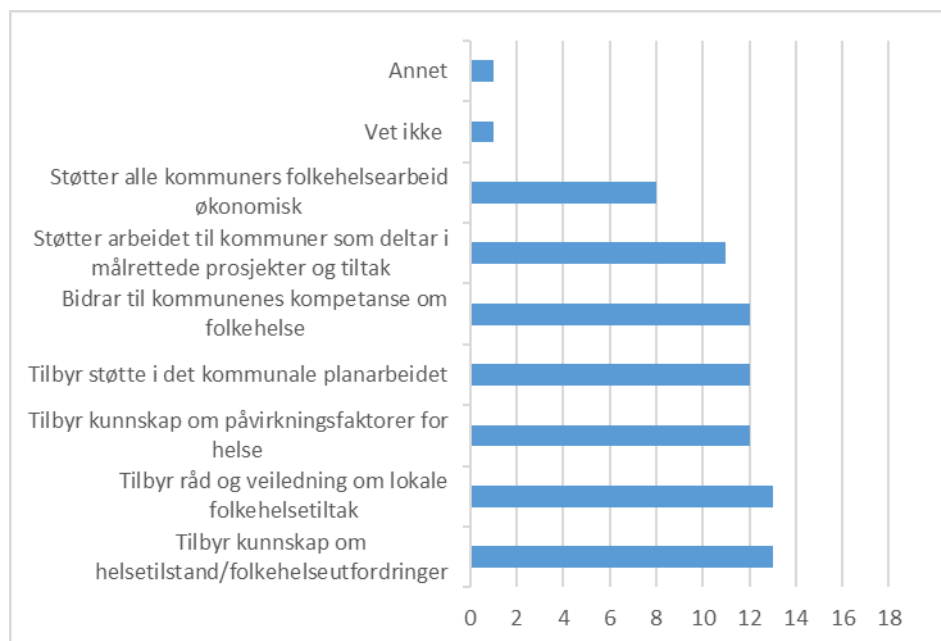
Figur 8.1 viste at 58 prosent av kommunene samarbeider mye med fylkeskommunen, mens 33 prosent samarbeidet lite og noen vet ikke om de samarbeider med fylkeskommunen. Vi har stilt to spørsmål til fylkeskommunale aktører som tar opp problemstillingen om samarbeidet mellom kommuner og fylkeskommuner. Det første er: Hva gjør fylkeskommunen for å understøtte kommuners folkehelsearbeid? Det andre er: Hvordan understøtter fylkeskommunen kommunenes folkehelsearbeid som referer til hvordan understøttingen gjennomføres. Figur 8.3 under viser hva fylkeskommuner gjør for å understøtte kommunalt folkehelsearbeid.

Figur 8.3: *Hva fylkeskommunen gjør for å understøtte kommuners folkehelsearbeid Hele tall. Flere kryss mulig*



Som vi ser er det 13 som tilbyr konferanser kommunene kan delta på og som etablerer erfaringsnettverk der kommuner kan delta. 11 gjennomfører prosjekter i samarbeid med kommuner, og det er 7 som har partnerskap der samarbeidet er formalisert og der roller og oppgaver er spesifisert. Samarbeidet mellom disse aktørene tar dermed ulike former fra det mer ad-hoc-pregede til det mer formaliserte. Figur 8.4 under viser hvordan understøttelsesarbeidet gjennomføres.

Figur 8.4: *Fylkeskommunens understøtting av kommunenes folkehelsearbeid. Hele tall. Flere kryss mulig*



13 fylkeskommuner støtter kommunene ved å tilby kunnskap om helsetilstand samt at de tilbyr råd og veiledning om tiltak. 12 tilbyr kunnskap om påvirkningsfaktorer, støtte i det kommunale planarbeidet og bidrar til kommunenes kompetanse om folkehelsearbeid. 11 støtter økonomisk arbeidet til kommuner som deltar i målrettede prosjekter og tiltak, mens 8 støtter folkehelsearbeid i alle kommunene innenfor fylkeskommunen.

8.2.1 Pedagogiske og økonomiske virkemidler i relasjonen mellom fylkeskommuner og kommuner

Virkemidlene det er vist til over er altså i all hovedsak pedagogiske og økonomiske og vi spurte to oppfølgingsspørsmål som går litt nærmere inn i denne problematikken. Å samarbeide om prosjekter kan gå inn under overskriften pedagogisk virkemiddel og i det første oppfølgingsspørsmålet ba vi fylkeskommunene utdype hvilke prosjekter eller tiltak de har og hva de handler om. 11 fylkeskommunale respondenter svarte på det, og svarene vi fikk

viser til at prosjekter og tiltak det arbeides med varierer mye. Under presenteres noen av dem:

Vi gjennomfører i samarbeid med fire kommuner et forskningsbasert pilotprosjekt om helsefremmende stedsutvikling med fokus på kvaliteter ved nærmiljø og bruk av medvirkning. Sluttrapport forventes å være ferdig til høsten 2017.

Dette sitatet viser trolig til at det samarbeides med et UoH-miljø om helsefremmende stedsutvikling.

Nærmiljøprosjektet- 3 kommuner. Kommuner melder inn handlingsplan over partnerskapsmidler- det gis midler etter innbyggertall- og kommune må gå inn med lik sum som den anmoder om. Handlingsplanen skal være i samsvar med satsingsområdene til planen. Attraktive lokalsamfunn, Sunne levevaner eller psykisk helse. Handlingsplanen skal også ta hensyn til lokale ressurser og utfordringer.

Dette sitatet er et av noen som viser til formen på samarbeidet og det sies eksplisitt at det foregår i partnerskap.

Fiskesprell (kostholdsrettledning til tilsette i barnehagar og skuler), Aktiv saman (integrering av fleirkulturelle gjennom fysisk aktivitet), nærmiljø og lokalsamfunn som fremjer folkehelse (metodeutviklingsprosjekt), Trafikksikker kommune (trafikksikringstiltak), HEART (tannhelse, ernæring og fysisk aktivitet i ungdomsskulen), regionsenter-ring, universell utforming, Sykle til VM (lavterskel sykkelaktivitet), Sykkelby-prosjekt (økt sykkelaktivitet i lokal- og nærmiljø), fysisk aktivitet og psykisk helse (tilrettelagt fysisk aktivitet for personer innen psykiatri), Sykkel og psykisk helse (lavterskel sykkelaktivitet for personer med psykiske lidningar), Helsefremjande skuler (kosthold, aktivitet i vgs) med fleire...

Dette siste sitatet viser til hvilke konkrete tiltak det arbeides med i relasjonen med kommunene. Som sitatet viser spenner de over et bredt spekter av tematikker, men også her nevnes det et metodeutviklingsprosjekt knyttet til nærmiljø og folkehelse.

Vi spurte også fylkeskommunene oppfølgingsspørsmål knyttet til de økonomiske virkemidlene de har tilgang til: Omlag hvor mye midler som går til kommuner som deltar i slike prosjekter eller tiltak? 11 fylkeskommunale respondenter svarte på det. Svarene varierer fra at det ble pekt på konkrete summer, fra 100 000 til kommuner, til at det ble gjort forsøk på å oppsummere alt fylkeskommunen arbeider med under folkehelseparaplyen:

Dette er et omfattende spørsmål. Folkehelsearbeidet finansieres av ulike deler av fylkeskommunens portefølje. I tillegg bruker våre ansatte mye tid på ulike former for bistand til kommunenes folkehelsearbeid, som indirekte kan leses som økonomisk støtte. Folkehelseseksjonen bruker hvert år cirka 3,5 millioner på direkte støttede kommunale folkehelse tiltak.

Sitatet viser til at det arbeides bredt med folkehelse og at folkehelse ikke kan avgrenses til et prosjekt eller til det arbeidet som foregår i én avdeling. Slik sett fanger det, i tillegg til det nivåovergripende aspektet, også den tverrsektorielle karakteren til folkehelsearbeidet.

I en annen fylkeskommune svarer respondenten på denne måten:

I nærmiljøprosjektet gis det 1.2 mill. som er statlige midler. I partnerskapet gis det ca. 2.7 mill. til kommuner, slik at det utgjør 5.4 mill. når deres midler legges på til tiltak eller prosjekter.

Og en tredje omtalte det på denne måten:

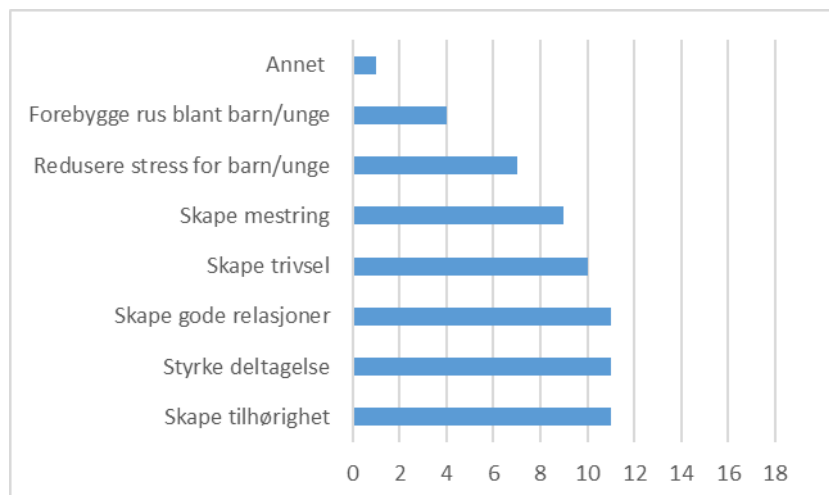
Gjennom samarbeidsavtaler om folkehelsearbeid fordeles ca. 12 mill. per år til kommunene (250-300.000 per kommune). Ellers dekker fylkeskommunen en del utgifter knyttet til prosjektene. Vanskelig å konkretisere utover dette.

Alle sitatene viser til at finansieringen løses på flere måter og at det benyttes flere kilder. Svaret på vårt konkrete spørsmål blir at fylkeskommunene ser ut til å yte tilskudd til kommuner på mellom 100 000 og 350 000 kroner til prosjekt- eller tiltaksarbeid som gjennomføres i samarbeid mellom de to aktørene.

Tematikken som tas opp i Program for folkehelsearbeid i kommunene er trivsel og livskvalitet, samt rusmiddelforebygging.

Vi spurte derfor fylkeskommunene nok et oppfølgingsspørsmål om noen av tiltakene de arbeider med sammen med kommuner dreier seg om slike tematikker. Svarene vises i figur 8.5 under.

Figur 8.5: *Tematisk innretning på prosjekter. Hele tall. Flere kryss mulig*



Dette er jo brede kategorier og det skal trolig mye til for at prosjekter ikke skal kunne defineres inn under disse overskriftene. Som figuren viser er det 11 fylkeskommunale respondenter som er enig i at prosjekter de har skaper tilhørighet, styrker deltagelse og skaper gode relasjoner. 10 er enig i at de skaper trivsel, 9 at de skaper mestring. 7 er enig i at de reduserer stress for barn og unge, mens fire er enig i at de forebygger rus blant barn og unge.

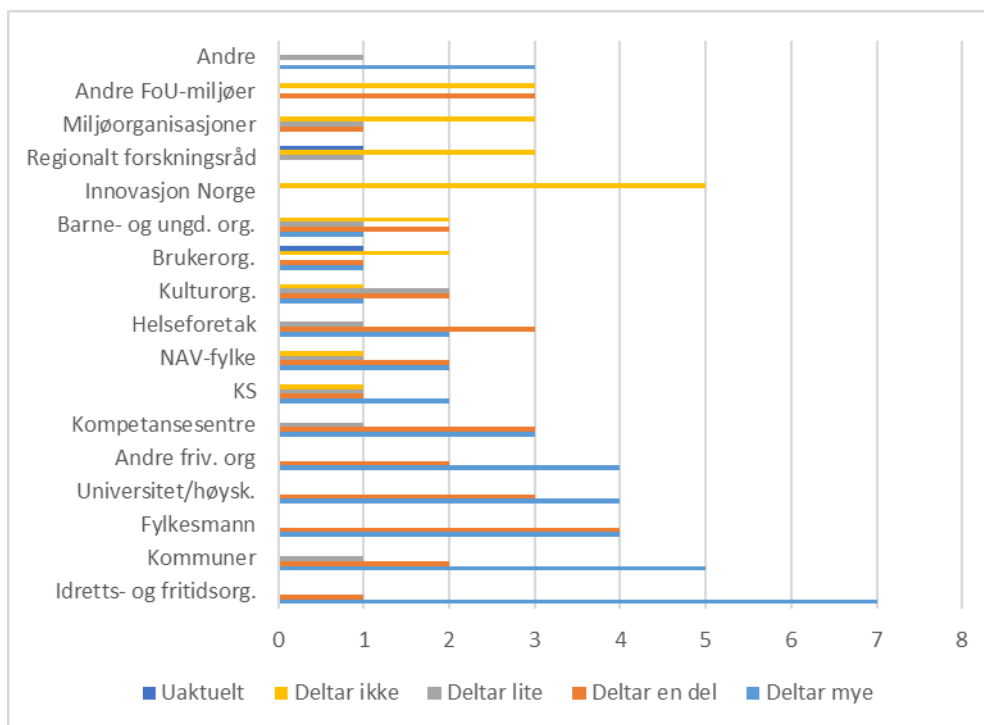
8.3 Samarbeid på fylkeskommunalt nivå

I avsnittet over har vi vært interessert i det vertikale samarbeidet mellom fylkeskommuner og kommuner, her er vi mest interessert i det horisontale samarbeidet som foregår på fylkeskommunalt nivå. Vi spurte fylkeskommunene et spørsmål om de har et samarbeidsforum om folkehelse der det deltar eksterne aktører på fylkeskommunalt nivå. På dette spørsmålet var det 8 som svarte ja og 5 som svarte nei. De som svarte ja fikk et oppfølgingsspørsmål: Hvis du svarte ja på spørsmål 8, hvilke aktører deltar? Vi spurte også om de deltok mye, deltar en del, deltar lite, deltar ikke og uaktuelt. Svarene på dette spørsmålet vises i figur 8.6 under.

Det er veldig små tall det dreier seg om i denne figuren, men det kan vise til noen tendenser når det dreier seg om hvilke aktører fylkeskommunen samarbeider mye med. Som det fremgår av figuren har vi spurt om kommuner deltar i samarbeidsforumet, og selv om vi over har diskutert samarbeidet mellom fylkeskommuner og kommuner som vertikalt samarbeid, er de inkludert her for å få vite om de er en del av et eventuelt forum.

Som figuren viser er det idretts- og friluftsansjoner de fylkeskommunale respondentene hyppigst nevner som deltakere i samarbeidsforumet. Av 8 som har et slikt forum er det syv som påpeker at slike organisasjoner deltar mye. Fire nevner at andre frivillige organisasjoner deltar mye. Dernest er det kommuner som deltar mye, 5 nevner dem og 4 nevner at fylkesmannen og universiteter og høyskoler deltar mye. Aktører som kan vurderes som næringsaktører som Innovasjon Norge og Regionale forskingsfond, er det få som nevner som deltakere i samarbeidsforumet. Det er også få som nevner NAV-fylke, KS og helseforetaket som deltakere i et slikt forum.

Figur 8.6: *Aktører som deltar i fylkeskommunens samarbeidsforum. Hele tall. Flere kryss mulig*



I siste spørsmål spør vi om det er noe vi burde vite om det fylkeskommunale folkehelsearbeidet som vi ikke har spurt om, og som det er viktig at vi vet. Der er det noen som peker på eksistensen av slike fora. Vi gjengir et sitat under:

Det kan tillegges at fylkeskommunen ikke har et eget samarbeidsforum for folkehelse spesielt, men at samarbeidsforum dannes ved behov.

Fylkeskommunen samarbeider imidlertid med regionale parter kontinuerlig. Vår erfaring er at formelle partnerskaps-/samarbeidsavtaler ikke nødvendigvis er hensiktsmessig i alle sammenhenger. Fylkeskommunen har imidlertid formelle samarbeidsavtaler med ulike aktører på et mer overordnet nivå. Det vil selvsagt etableres et samarbeidsorgan for program for folkehelsearbeid i kommunene slik kriteriene legger opp til.

Her pekes det også på at formelle partnerskap og samarbeidsavtaler ikke vurderes som hensiktsmessig i alle sammenhenger, men at det likevel kan holdes i gang et kontinuerlig samarbeid med aktuelle parter.

En annen kommentar er litt motsatt og peker på at det trengs tettere samarbeid med enkelte aktører:

Vi trenger et tettere samarbeid om felles prosjekter, sterkere involvering og oppfølging. Det er viktig for bedre utnyttelse av spesialkompetanse. Vi kunne jobbet mer med næringsavdelingen for å få belyst at det trenges flere forskningsprosjekt innen folkehelse – vi har en dag i året vi viser frem forskning. Vi kunne jobbet tettere med KS som har opprette et nettverk for 16 kommuner for å bistå kommunene i å lage en FoU strategi, ikke bare innenfor helse og omsorg. Vi har opprettet et epidemiologisk forum som møtes to ganger i året, (etter samhandlingsreformen) hvor en ser på oversiktsarbeidet, får en dypere årsaksforklaring. Vi har bare hatt to møter så mandatet modnes litt etter hvert. Her møtes regionale partnere som helseforetakene, universitetet og høyskoler, Trygg trafikk [...], fylkets] Tannhelse, Røde Kors [...], KS, KORUS og flere kommuneleger fra samfunnsmedisinsk forum/Miljørettet helsevern.

Sitatet peker på at det er ønskelig med tettere samarbeid både internt i fylkeskommunal administrasjon, samt eksternt med andre aktører for å gjennomføre og involvere dem i prosjekter. En annen fylkeskommunal respondent peker også på arbeidet mot eksterne aktører:

Fylkeskommunen har kompetanse, men vil selvsagt fortsette samarbeidet med [...] universitetet og ønsker videre å utvikle samarbeidet med Folkehelseinstituttet/ SIRUS, RKBU [...] og Korus [...] og eventuelt andre aktuelle forskningsmiljøer.

Andre peker på at deres erfaring og kompetanse knyttet til evaluering er liten og at det er ønskelig med mer samarbeid med universiteter og forskningsinstitusjoner på dette området:

Vi ønsker mer samarbeid med universitet og forskningsinstitusjoner, knyttet til evaluering, prosjektutvikling mm.

Svarene under er avgitt knyttet til spørsmålet om fylkeskommunen har forskerkompetanse, men sier også mye om samarbeid med forskningsinstitusjoner:

Ingen av oss som jobber med folkehelse i FK er forskere, men evalueringsarbeid kan vi ta på oss. Men vi er avhengig av gode relasjoner til forskningsinstitusjonene i vår region slik at vi kan bruke andre til slike evalueringer. Vi jobber stadig for å videreutvikle vårt forhold til forskningsinstitusjonene, spesielt de som ligger i vår region.

Samtidig er det en respondent som peker konkret på at det kan være utfordrende å komme i dialog med forskningsinstitusjoner uten midler:

Utfordringen er at det ikke er satt av midler til stilling administrativt i FK eller til forskningsmiljøene. Vi trenger å komme i dialog med forskningsmiljøene, men ser ikke helt hvordan det skal gjøres, hvordan få dem til å se på ulike metoder og tiltak i et forskningsperspektiv uten midler.

Her pekes det kanskje på noe av det som er utfordringen i samstyring. Aktører er organisasjoner og institusjoner med egne oppgaver og ansvarsområder, dvs. at de har et eget samfunnsoppdrag. For å løse dette har de et budsjett, som for en del av dem, særlig de frivillige organisasjonene, i utgangspunktet er forhandlet, dvs. at de er avhengige av andre – kommuner og spesielt stat – for å ha inntekter. Utfordringen ligger i at fylkeskommunene må mobilisere og forhandle med aktuelle regionale aktører for å skape anerkjennelse for at mål er felles og krever samarbeid for å bli realisert. Dette samarbeidet vil også kreve at andre aktører har økonomiske midler de har mulighet til å benytte inn mot samarbeidet. Det er bare knyttet til det siste sitatet at dette nevnes eksplisitt, men alle sitatene der samarbeid med forskningsmiljøer nevnes her, har i seg noe av dette: De skal overtale forskningsmiljøene til å se folkehelse fra det fylkeskommunale ståstedet og samtidig få dem til å være villige til å

bruke egne ressurser inn mot folkehelse slik definert. Dette kan være en årsak til at frivillige organisasjoner på idretts- og friluftsområdet ikke uoppfordret nevnes som aktører det er aktuelt å samarbeider nærmere med. Samtidig kan det også helt enkelt tyde på at dette samarbeidet anses å være godt. Men det leder til at vi kan stille et spørsmål om det er mulig å få til et samarbeid med UoH-miljøer uten at fylkeskommunene har virkemidler, vil de da få aktører til å delta i felles løft, for eksempel for å evaluere aktuelle folkehelseiltak?

8.4 Oppsummering

Det er altså en del aspekter ved Program for folkehelsearbeid i kommunene som legger seg tett opp til samstyring. Vi ser i kapittelet at både kommuner og fylkeskommuner har relasjoner utad mot eksterne aktører og de samarbeider mye med hverandre (figurene 8.1 og 8.6). For kommunene involverer dette samarbeidet at de er i partnerskap med fylkeskommuner, og fordi det ikke er så mange kommuner som oppgir at de samarbeider mye med KS på folkehelseområdet, er det trolig fylkeskommunen kommunene refererer til når de deltar i erfaringsnettverk, får råd og veiledning, søker om tilskuddsmidler og samarbeider om kompetanseheving (figur 8.2). Dette er også aktiviteter fylkeskommunen gjennomfører når de arbeider med å understøtte kommunene i deres folkehelsearbeid (figurene 8.3 og 8.4).

Utover samarbeidet med hverandre er det frivillige organisasjoner begge aktørene oppgir at de samarbeider mest med. Kommuner samarbeider også mye med andre kommuner, med KoRus og med fylkesmannen. Det er nesten 50 prosent av kommunene som oppgir at det samarbeides lite med UoH-sektoren og private aktører. Det er noe færre som oppgir at det samarbeides lite med andre kompetansemiljøer og KS. Heller ikke på fylkeskommunalt nivå er det mange som oppgir at de samarbeider med UoH-sektoren, men det påpekes at dette er en aktør de ønsker å ha samarbeid med.

9 Avslutning

9.1 Innledning

Denne rapporten presenterer resultater fra en nullpunktsundersøkelse gjennomført før iverksettingen av regjeringens Program for folkehelsearbeid i kommunene. I dette kapittelet skal vi oppsummere de viktigste observasjonene vi har gjort knyttet til hovedproblemstillingene og de mer detaljerte problemstillinger. Vi skal også si noe om hvordan kommunene ligger an knyttet til resultatmålene for programmet og reflektere noe rundt policy- og forskningsimplikasjoner av observasjonene vi gjør.

Hovedproblemstillingene i undersøkelsen har vært:

- Hva er barn og unges psykiske helsetilstand og rusmiddelbruk i dag?
- Hvordan arbeider kommunene med å inkludere psykisk helse for barn og unge i sitt folkehelsearbeid? Hvordan prioriteres det?

Vi har tilnærmet oss disse problemstillingene ved å studere et sett mer detaljerte problemstillinger:

- Hva er de viktigste utfordringene for barn og unges psykiske helse og trivsel og rusmiddelbruk nasjonalt, og hva er de viktigste lokale variasjonene?
- Hvordan forstår kommune tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og trivsel og rusforebygging, og hva kjennetegner tiltak som gjennomføres i kommunene i dag?

- Hvilke former for samarbeid finnes i kommunene med fylkeskommunen, lokale og regionale forskingsinstitusjoner og kompetansesentra når det gjelder utvikling av kunnskapsbaserte tiltak og evalueringer av disse?
- Hvor mange kommuner har inkludert forhold som fremmer psykisk helse og trivsel som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven?
- Hvor mange kommuner har drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel og avklart eventuelle planbehov?
- Hvilken kapasitet og kompetanse (ressurser og kunnskap) har kommunene til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse og trivsel og rusforebyggende arbeid?
- Hvordan arbeider kommuner og fylkeskommuner med barn og unges medvirkning knyttet til folkehelse og til psykisk helse og trivsel?

9.2 Refleksjoner rundt resultatmål

Resultatmålene for Program for folkehelsearbeid i kommunene er som følger:

- innen 2019 har de fleste kommuner inkludert forhold som fremmer psykisk helse og rusmiddelforebyggende arbeid som del av oversiktsarbeidet etter folkehelseloven, og i 2023 har alle kommuner det
- innen 2020 har de fleste kommuner drøftet utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel, og bruk av rusmidler, og avklart eventuelle planbehov, og i 2024 har alle kommuner det
- innen utløpet av programperioden (2027) har alle kommuner økt kapasitet og kompetanse til å drive et systematisk og langsiktig folkehelse- og rusmiddelforebyggende arbeid for å fremme psykisk helse

og inkludere rusmiddelforebygging som en del av folkehelsearbeidet

I rapporten har vi sett at det er utfordringer knyttet til barn og unges psykiske helse og trivsel, først og fremst ved å vise til resultater fra ungdatabasen. Disse viser at det er tendenser til at ungdom kan være misfornøyd med kommunen de bor i, med egen helse og at de kan ha depressive symptomer og føle ensomhet, men det er ikke stor variasjon mellom kommuner på disse områdene. Når resultatene analyseres opp mot kommunevariable som antall helsesøstre i full tid i skolehelsetjenesten eller om kommunene har folkehelsekoordinator i minimum 70 prosent stilling, så slår dette ikke ut. Det som slår ut er sentralitet, der ungdom som bor i mer sentrale strøk noe oftere opplever å være fornøyd med sin kommune og med egen helse, de opplever noe sjeldnere å ha depressive symptomer og ha vært alkoholpåvirket, men de benytter noe oftere cannabis enn ungdom i mindre tettbygde strøk. Så kan man spørre seg hva med sentralitet som slår ut på denne måten: befolkningssammensetning, sosiale møteplasser, tilgang på rusmidler etc. Dette bør undersøkes nærmere.

Vi observerer at det er en nedgang i andelen kommuner som oppfatter rus som en av sine hovedutfordringer i folkehelsearbeidet. Vi vet ikke om denne nedgangen har sammenheng med at ungdatabasen rapporterer at det er en reduksjon i ungdoms alkoholbruk. Selv om det observeres en slik reduksjon er det fortsatt utfordringer knyttet til rusmiddelbruk i kommunene.

Videre har vi sett at kommuner og fylkeskommuner arbeider på bred basis for å bedre folkehelsen og det er mulig å si at faktorer som befolkningens, men spesielt barn og unges psykiske helse, trivsel og livskvalitet er områder som allerede er i fokus i kommuner og fylkeskommuner. Vi ser at det er prosesser i gang knyttet til deres oppfatning om hva som er hovedutfordringer i folkehelsearbeidet, der psykisk helse har vært hovedutfordring både i 2011 og er det i 2017 for kommuner. Vi ser også at det er prosesser i gang knyttet til den måten kommuner utvikler tjenestene sine, samt legger til rette for barn og unges deltakelse både i aktiviteter knyttet til fritid, samt til barnehage og skole, og i beslutningsfattig. Dette vil medvirke til å styrke barn og unges muligheter for mestring og dermed bidra til å øke deres livskvalitet og styrke psykisk helse. Arbeidet med å lage oversikt over

helsetilstand og positive og negative faktorer som påvirker helsen er kommet i gang i de fleste kommuner, og både kommuner og fylkeskommuner er begynt å inkludere oversiktene som grunnlag for planarbeid og tiltaksutvikling, og ta fordelingshensyn i planlegging og beslutningstaking. Det arbeides også på andre måter for å redusere sosial ulikhet i helse.

At det tas fordelingshensyn i planlegging og beslutning er spesielt oppmuntrende ettersom sosial ulikhet skaper relativ fattigdom som er en årsak til at det oppstår ulikheter i helse og utfordringer for innbyggernes psykiske helse og trivsel. Begge knytter også an til faktorene mestring og sosial støtte som det kan legges til rette for på arenaer der barn og unge ferdes, for eksempel knyttet til fritid, barnehage og skole. Vi ser også at kommuner legger til rette for at barn og unge skal ha tilgang til rusfrie arenaer.

Det ser altså ut til at det er lagt et grunnlag for at kommunene skal kunne inkludere forhold som fremmer psykisk helse og rusmiddelforebyggende arbeid i sin helseoversikt, samt drøfte behovet for å bedre disse aspektene ved barn og unges liv, og avklare planbehov. Arbeidet med planlegging vil øke kapasiteten til å arbeide med denne typen problemstillinger, men det er bare en side ved kapasitetsøkning. En annen side kan være økning eller omrokking av økonomiske og personnlemessige ressurser til folkehelsearbeid, en tredje er fortsatt spørsmålet om hvordan folkehelse forstås og fortolkes i kommunene. Det er grunn til å tro at kommuner i større grad fanger folkehelsearbeidets tversektorielle karakter nå enn de gjorde tidligere, og det er et håp at oppfølgingsundersøkelser viser at denne trenden holder seg. Dette vil angå spørsmålet om kompetanse, som omtales i det siste resultatmålet, og der er våre observasjoner mer usikre knyttet til å se trender i materialet. Dette er dels knyttet til stillingen som folkehelsekoordinator, som vi vet lite om, samt til hvilken kompetanse knyttet til psykisk helse og rusmiddelforebygging det er mulig for kommuner å hente på det lokale eller regionale arbeidsmarkedet i den grad det kan være aktuelt.

I de neste avsnittene skal vi kommentere på noen av de detaljerte problemstillingene som er reist i rapporten.

9.3 Kjennetegn ved tiltak

Et av delspørsmålene vi har hatt for denne undersøkelsen er hva som er kjennetegn ved tiltak. Tiltak kan være universelle eller de kan være rettet mot grupper eller enkeltindivider som trenger mer støtte enn andre og de kan være rettet inn mot å bedre psykisk helse og trivsel og/eller tilrettelegge for rusforebyggende arbeid. I våre spørsmål om arenaer for barn og unges deltakelse ser vi at tiltak faller inn under alle gruppene. Tiltak som fritidsklubb, bibliotek og rusfrie arrangementer er lavterskel universelle tiltak rettet mot hele eller store grupper av befolkningen. Selv om rus er redusert som hovedutfordring for kommunalt folkehelsearbeid, oppgir størstedelen av kommunale respondenter (65 prosent) at de arbeider spesielt for at arenaer der barn og unge ferdes skal være rusfrie. Ser vi på tiltak i helsestasjonen er et tiltak som foreldreveiledning, som de fleste driver, et universelt tiltak alle foreldre kan nyte godt av, mens tiltak mot utsatte foreldre er rettet mot de som trenger ekstra støtte (figur 5.2).

I tillegg til at kommuner arbeider med universelle tiltak, ser vi at de arbeider med kjente og muligens kunnskapsbaserte tiltak. De henter opplysninger om tiltak fra ulike kilder (figur 7.5) og de iverksetter tiltak som gjengis som bokstavkombinasjoner, oftest nevnes PMTO, COS (Circle of security) og EPDS (se kapittel 5 for nærmere forklaring), særlig knyttet til virksomheten ved helsestasjonen og i barnehager. Også tiltak som Sjumilssteget og trivselsveiledere nevnes av noen kommuner.

Tidligere har vi funnet at tiltak har rettet seg mot å endre helseatferd eller livsstil, og at dette har vært et tydelig trekk ved kommunalt folkehelsearbeid (Helgesen og Hofstad, 2012 og 2014). Dette har vi først og fremst målt ved å benytte indikatorer for fysisk aktivitet, ernæring, tobakk og rus (alkohol, narkotika og dop) i spørsmål vi har stilt til kommuner om hvordan de ser på utfordringsbildet sitt. Vi har i andre analyser sammenlignet svarene vi har fått på disse spørsmålene med svarene på spørsmål som kan ses som indikatorer for sosial ulikhet i helse og om de inkluderer dette i utfordringsbildet sitt. Slike er oppvekstmiljø, arbeid og inntekt, skole og utdanning, bolig og boligsosiale utfordringer. Disse har ikke vært like tydelig som del av utfordringsbildet (figur 4.1).

Særlig ser vi at indikatorene for helseatferd var mye tydeligere som del av utfordringsbildet i 2011 enn de er i 2017, der både ernæring, rus og fysisk aktivitet ser ut til å være redusert i betydning. Det som har fått større betydning i utfordringsbildet, i tillegg til psykiske helseplager hos barn og unge, er (blant annet) skole og utdanning, samt arbeid og inntekt. Oppvekstmiljø, som vi trodde ville være nært knyttet til psykiske helseplager, er redusert sammenlignet med 2011-tallene, det er også bolig og boligsosiale spørsmål. Kommunene har altså redusert betydningen av indikatorområdene for livstil eller helseatferd, løftet fram noen indikatorområder for sosial ulikhet, men ikke andre i sitt utfordringsbilde.

9.4 Samstyring

Vi har også arbeidet med et spørsmål om «Hvilke former for samarbeid finnes i kommunene med fylkeskommunen, lokale og regionale forskingsinstitusjoner og kompetansesentra når det gjelder utvikling av kunnskapsbaserte tiltak og evalueringer av disse?»

Vi har sett i rapporten at både kommuner og fylkeskommuner samarbeider med eksterne aktører (figurene 8.1 og 8.6). Samarbeidet kommunene har med eksterne må kunne kalles tradisjonelt, det er mest mot frivillige organisasjoner, andre kommuner og fylkeskommunen, mens fylkeskommunen samarbeider mest med idretts- og fritidsorganisasjoner, kommuner og fylkesmenn. Dette kan også benevnes tradisjonelt.

Mye av dette samarbeidet kan være styrt av avtaler, særlig på fylkeskommunalt nivå, og samarbeidet mellom fylkeskommuner og kommuner foregår enten som partnerskap eller som samarbeid om målrettede prosjekter fylkeskommunen etablerer. Begge deler er trolig regulert av avtaler. Prosjekter er strategiske og målrettede, og på fylkeskommunalt nivå kan dette kalles samstyring slik det er definert innledningsvis. I hvilken grad kommuners og fylkeskommuners samarbeid med frivillige organisasjoner kan kalles samstyring er det vanskelig å si noe om fordi vi har for lite detaljert kunnskap om hvordan det er utformet. Vi kan si at hvis samarbeidet begrenser seg til at organisasjoner søker om økonomiske midler fra fylkeskommuner og kommuner for å drive

sine allerede etablerte prosjekter og tiltak, er det trolig ikke samstyring. Samstyring må inneholde muligheter for samarbeidende aktører til å kunne manøvrere innenfor den avtalte rammen, likevel er det slik at selv om arbeidet som gjennomføres i ulike typer frivillige organisasjoner kan defineres innenfor folkehelseområdet, er det ikke tilstrekkelig at kommunale og frivillige aktører arbeider parallelt på et område, de må arbeide sammen. At kommuner og fylkeskommuner etablerer frivilligstrategier er et skritt i retning av at deres samarbeid med frivillige organisasjoner kan få trekk av samstyring.

Vi ser også i figurene 8.1 og 8.6 at UoH-sektoren er en av de aktørene det samarbeides minst med, samtidig som slikt samarbeid vil bli etterspurt i større grad knyttet til gjennomføring av Program for folkehelsearbeid i kommunene. I den grad det er etablert slikt samarbeid kan det tenkes at det er utsatt for regulering og at det finnes noen kommunale strategier for hva det samarbeids om og hvordan. For eksempel for at kommuner skal delta i forskningsvirksomhet. Samtidig vet vi ikke om kommuner som svarer at de samarbeider med sektoren gjør dette ut fra at de har deltatt i et forskningsprosjekt som i sin helhet har vært initiert fra UoH-sektoren og der kommuner har deltatt lite i selve defineringen av prosjektets utforming og innhold.

9.5 Psykisk helse og trivsel og rusmiddelforebygging

Psykisk helse og trivsel er de begrepene som brukes i Program for folkehelsearbeid i kommunene. Psykisk helse og trivsel, knyttes til forhold i omgivelsene, deriblant sosial ulikhet i helse og om kommunene har et ressursperspektiv på arbeidet sitt og er opptatt av å styrke mestringsbetingelser. Vi har ikke spurt kommunene hvordan de forstår disse begrepene. For å få kunnskap om forståelsen av dette vil vi se på flere spørsmål vi har stilt kommunene og vi drøfter om det eventuelt er sammenhenger mellom svarene vi får. De viktigste utfordringene kommunene oppfatter at de har på folkehelefeltet er psykiske helseplager hos barn og unge. Dernest er det sosiale møteplasser, skole og utdanning, samt arbeid og inntekt, respektive. I fylkeskommuner er oppfatningen at hovedutfordringer er skole og utdanning, psykiske

helseplager hos barn og unge, samt sosiale møteplasser og nettverk, respektive. Det er altså ganske stor grad av samstemmighet mellom de to nivåene om hva som er hovedutfordringer i folkehelsearbeidet.

Så, hvordan forstår kommunene tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og trivsel og rusmiddelforebygging? For å svare på dette spørsmålet skal vi først se på hvilke elementer som ligger i begrepene psykisk helse og rus slik de foreligger knyttet til ungdomsdata og som dermed er et viktig utgangspunkt for den forståelsen kommuner, men også fylkeskommuner kan ha av disse begrepene.

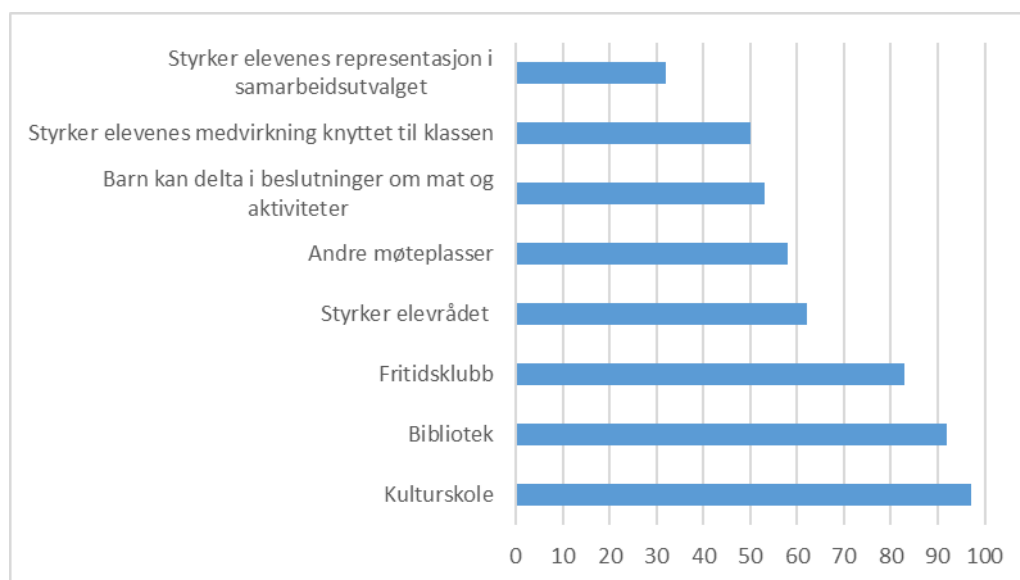
Ungdomsdata er gjennomført i 375 kommuner og åtte fylkeskommuner og den er gratis for kommuner. Som pekt på i kapittel tre og seks er den en undersøkelse der ungdom svarer på spørsmål om ulike sider ved liv og livssituasjon. Knyttet til psykisk helse spørres det om ungdom har vært preget eller plaget av å «føle seg for trøtt til å gjøre noe», «ha problemer med å sovne eller sove kontinuerlig», «føle seg ulykkelig, trist eller nedfor», «føle håpløshet for framtiden», «føle seg nervøs eller anspent» og «bekymre seg for mye for ting», og de blir spurt om de føler seg ensomme. Dette er behandlet i denne rapportens kapittel tre. Dette er indikatorer for barn og unges psykisk helse og det kan tenkes at de ligger til grunn for den måten de aktørene som tar mye ansvar for folkehelse, særlig i kommuner, forstår begrepet. Samtidig vil så godt som alle overskriftene i ungdomsdata-rapportene indikere tilstanden for barn og unges psykiske helse, eksempler er nære relasjoner og fritidsaktiviteter, som også vil være indikatorer på sosial støtte og mestring, samt helse og trivsel som jo vil være indikatorer for trivsel, det vil også rusmiddelbruk, samt mobbing.

Vi ser at det er folkehelsekoordinator som tar mest ansvar for folkehelsearbeidet i kommunene, deretter følger ledende helsesøster, frivillige organisasjoner og kommunelegen, respektive. Tidligere har vi sett at folkehelsekoordinator ofte er plassert i helsesektoren (Helgesen og Hofstad, 2012, Schou mfl., 2014) og vi ser også denne gangen at både ledende helsesøster, samt kommunelegen er blant de aktørene som tar mye ansvar for folkehelse. Det tyder dermed fortsatt på at folkehelse defineres som et spørsmål som først og fremst angår kommunal helsesektor, at det er helsesektorens institusjonelle tyngde og definisjonsmakt som får ligge til grunn for den måten sentrale aktører i kommunen

forstår det. Samtidig fikk vi nyanserte dette bildet fordi også andre tjenesteenheter har tiltak som er sentrale for barn og unges psykiske helse, og kommer høyt på listen over aktører som tar ansvar, samt at frivillige organisasjoner kommer høyt på denne listen (tabell 7.1).

God psykisk helse defineres blant annet som mestring, tilfredshet, tilhørighet, autonomi og opplevelse av mening (Helsedirektoratet, 2014b: 3). Hvordan kommuner forstår dette er det mulig å fange ved å se nærmere på hvordan det legges til rette for deltakelse på ulike arenaer. En oppsummering av figurene 5.1, 5.3 og 5.4 vises under og den peker på en rekke områder kommunene arbeider med der det er tiltak som vil styrke barn og unges mestring.

Figur 9.1: *Kommunale arbeidsområder som styrker barn og unges mestring*



De ulike arbeidsområdene eller tiltakene er ikke like utbredt. Mens nesten alle kommuner har en kulturskole er det kun 32 prosent som arbeider for å styrke barn og unges representasjon i skolens samarbeidsutvalg. Deltakelse i slike utvalg er formell deltakelse i å fatte reelle beslutninger som angår egen skolehverdag og hvis dette skal angå flere enn de som deltar må det arbeides med valg og forståelse av å være representert og å representere. Dette er det samme som ved deltakelse i råd for barn og unge eller barn og

unges kommunestyre. Samtidig viser figuren at det finnes ulike typer møteplasser i kommuner, men at det også er en del kommuner som ikke har møteplasser for barn og unge. Da blir tiltak i barnehage og skole desto viktigere.

Tabellene det refereres til viser også at det er satt i gang tiltak i mange kommuner som fokuserer relasjonen mellom barn og foreldre, både helsestasjon, barnehager og skoler har slike tiltak. De er både universelle, samt at de har mulighet for høyere intensitet for dem som trenger det mer, og det er satt i gang tiltak som styrker barn og unges reise gjennom utdanningssystemet og deres oppvekst- og skolemiljø.

I tillegg til de tiltakene som det vises til her, og som kan benyttes som indikatorer for om det er muligheter til mestring på forskjellige områder, har vi sett at kommuner arbeider med å redusere sosial ulikhet som er en viktig kilde til psykiske lidelser. Det vises også i figur 5.1 til at mange kommuner har rusfrie arrangementer.

Dette tyder på at kommunenes forståelse av tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og trivsel, og drive rusmiddelforebyggende arbeid ligger i grenseflaten mellom ulike sektorer. Det kan tenkes at helse fortsatt er en sentral premissgiver, men også andre enheter yter viktige bidrag. Av dette kan vi tolke at kommuner begynner å fange den tverrsektorielle karakteren folkehelse har og som det er vektlagt i folkehelseloven at de skal. Det ser vi også av at andelen kommuner som har tverrsektorielle arbeidsgrupper på strategisk nivå har økt (figur 7.2). Der er det skoler, helsestasjonstjenesten og skolehelsetjenesten, og barnehager som plasserer seg på de fire øverste plassene (tabell 7.2), mens kommunelegen, kultur og idrett, rådmannens stab og plan-, miljø- eller teknisk avdeling, alle nevnes i mer enn 60 prosent av kommunene som deltakere i slike grupper. Dermed åpnes det opp for at flere sektorer og tjenesteområder kan delta i definisjonen av hva folkehelse og folkehelsearbeid, samt psykisk helse og trivsel og rusmiddelforebygging i folkehelsearbeidet skal være.

At forståelsen av tiltak for å fremme barn og unges psykiske helse og trivsel ligger i grenseflaten mellom ulike sektorer ser vi også i fylkeskommunene. Der ser vi at avdeling for plan og planarbeid er den avdelingen som tar mest ansvar for folkehelse, mens

avdelingene for tannhelse og kultur er de som oftest nevnes som deltakere i tverrsektorielle arbeidsgrupper.

Over viste vi til at kommuner oppfattet psykiske helseplager hos barn og unge som sin hovedutfordring, mens fylkeskommunen oppfattet hovedutfordringen som skole og utdanning, med psykiske helseplager hos barn og unge som den påfølgende utfordringen. Selve utfordringsbildet de oppfatter at de har sier ikke noe om hvordan de forstår innholdet i det. Men hvis vi ser på ungdomdata igjen, ser vi at der knyttes helse, trening, fysiske og psykiske plager sammen i rapporteringen og helsespørsmålene handler i stor grad om livsstilsvaner, men det spørres også om hvor fornøyde eller misfornøyde de er med ulike sider av livet sitt. Dette er ett spørsmål i et spørsmålsbatteri som tydeligvis har flere spørsmål (Bakken mfl., 2016:63).

I våre undersøkelser om folkehelsearbeid i kommunene har fysisk aktivitet, tobakk og rus fått mindre betydning som utfordring over tid, selv om det fortsatt ser ut til å være ganske langt framme i bevisstheten hos kommunale aktører. Vi har også sett at selv om psykisk helse oppfattes som den største utfordringen er det fysisk aktivitet det er utviklet flest tiltak for, selv om psykiske helseplager ikke plasserer seg langt nede på listen (tabell 6.1). Dette kan vi se litt blandet på. God fysisk helse er et grunnlag for god psykisk helse, men det vil likevel være slik at tiltak som utvikles med henblikk på å styrke den psykiske helsen er annerledes utformet enn de som kun skal legge til rette for at barn og unge kan drive fysisk aktivitet. For eksempel vil vi tro at tilgang til kulturaktiviteter og møteplasser er viktig for barn og unges psykisk helse. Ikke minst vil tilgangen til selv å kunne utøve kulturaktiviteter og å ha mulighet til å møte andre på samme alder være sentralt.

Vi kan altså ikke slå fast at kommuner forstår psykisk helse og trivsel og rusmiddelforebygging på en eller flere bestemte måter. Det er grunn til å tro at denne forståelsen vokser fram fra det kunnskapsgrunnlaget kommunene får fra sitt arbeid med ungdomdata og fra et sterkere tverrsektorielt grunnlag i 2017 enn hva som har vært tilfellet tidligere.

9.6 Kapasitet og kompetanse

Hvilken kapasitet og kompetanse (ressurser og kunnskap) har kommunene til å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse og trivsel og rusforebyggende arbeid? For å svare på dette spørsmålet skal vi først se litt på de organisatoriske ressursene kommunen har. Langt de fleste kommuner har folkehelsekoordinator. Det vil si at de har satt av en ressurs til folkehelsearbeid (tabell 7.1). Vi har tidligere sett at denne ressursen sjelden er over en 70 prosent stilling (Helgesen og Hofstad, 2012). Samtidig har vi stilt våre spørsmål på en slik måte at det kommer fram at det arbeides med folkehelse i de fleste kommunale sektorer. Det er etter hvert en høy andel kommuner som har tverrsektorielle grupper for folkehelse på strategisk nivå, noe som også betyr at kapasiteten i kommuner blir større enn hvis en sektor alene har hele ansvaret. Kommuner og fylkeskommuner kan også øke kapasiteten sin på folkehelseområdet ved å samarbeide med eksterne aktører. Dette har vi vist til over at de i høy grad gjør, men samarbeidet kan mangle retning hvis det ikke utvikles strategier for å gjennomføre det.

Vi har også spurt kommunene om de anser at de har den kompetansen de behøver for å drive systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse. Som figur 7.6 viser, mener 60 prosent av kommunene at det er noen forskjeller mellom den kompetansen de har og den de trenger, mens 9 prosent mener det er store forskjeller. Det kan tyde på at det kan være behov for et «kompetanseløft» på området psykisk helse og trivsel. Ellers er kompetanseheving på folkehelseområdet et av temaene som er fremme i samarbeidsrelasjonene mellom kommuner og fylkeskommuner (figur 8.4). Fylkeskommuner bidrar også med råd og veiledning, støtte i det kommunale planarbeidet, samt kunnskap om påvirkningsfaktorer for helse og helsetilstand.

9.7 Medvirkning

Hvordan arbeider kommuner og fylkeskommuner med barn og unges medvirkning knyttet til folkehelse og til psykisk helse og trivsel? Medvirkning eller deltakelse kan ha flere betydninger, og én er at det legges til rette for at barn og unge kan medvirke i

aktiviteter, en annen er at de kan medvirke i beslutninger. Begge formene anses å styrke barn og unges mestring og dermed bidra til trivsel og vi har spurt om det er lagt til rette for deltakelse på mange ulike områder og nivåer. For å svare på dette spørsmålet skal vi igjen se litt nærmere på arenaene der det legges til rette for at barn og unge kan delta i aktiviteter og vi ser at langt de fleste kommuner for eksempel har fritidsklubber, bibliotek og kulturskole (figur 5.1). Vi ser også i figur 5.5 at kommunene utvikler samarbeidet med frivillige organisasjoner som er ansvarlige for å etablere arenaer der barn og unge kan medvirke i aktiviteter.

Knyttet til medvirkning i beslutninger ser vi i figur 5.3 at det legges til rette for at barn i barnehager kan delta i å fatte beslutninger om mat og aktiviteter. I figur 5.4 ser vi videre at det legges til rette for at elevene skal kunne medvirke på ulike nivåer i skolen. Jfr. også avsnitt 9.4. Dette er medvirkning i beslutninger som kan ha konsekvenser for barn og unges hverdagsliv og dermed for deres mestring og trivsel. Vi vet også at 82 prosent av kommunene har etablert et innflytelsesorgan for barn og unge på kommunenivå. Medlemmer i slike organer rekrutteres fra skolenes medvirkningsorganer og de er trolig representative i karakter. Det betyr at det bare er de som faktisk deltar som er aktive i å fatte beslutninger, og igjen må det arbeides med spørsmålene om å representere og å være representert for at flere enn de som deltar i slike organer skal oppleve mestringsfølelse knyttet til dem.

Hvis det avholdes valg eller lignende der det er flere kandidater og der eventuelle kandidater presenterer seg for hele skoler, kan det bidra til at flere får et eiendomsforhold til innflytelsesorganet og dermed til at flere, dvs. de som deltar i valgene, kan oppleve mestring knyttet til det. Samtidig er det slik at hvis beslutningene som fattes ikke tas hensyn til i videre arbeide i kommunale organer, vil det å delta i liten grad gi opplevelse av mestring. Klausen mfl. fant i 2013 at innstillinger fra slike innflytelsesorganer ble diskutert i hovedutvalg eller lignende for skole/barnehage.

9.8 Noen refleksjoner over konsekvenser for politikk rettet mot barn og unge

Program for folkehelsearbeid i kommunene retter dels et nytt og dels et forsterket fokus mot slikt arbeid for barn og unge. Det nye

ligger i at psykisk helse og trivsel får oppmerksomhet, det forsterkede kan vi knytte til rusmiddelforebyggende arbeid som har en viss historie som folkehelsematikk i kommunene. I rapporten har vi blant annet sett at andelen kommuner som oppgir at rus er en hovedutfordring i folkehelsearbeidet er betraktelig redusert siden 2011. Dette kan ha sammenheng med at ungdomsdata rapporterer at unge endrer sine rusvaner mot mindre alkoholbruk, samtidig som vi ser at bruk av cannabis øker i sentrale strøk. Dette indikerer at det fortsatt er behov for tiltak rettet mot rusforebygging, og selv om programmet setter det i fokus og argumenterer for at kommuner skal inkludere det i sitt folkehelsearbeid, kan det også tenkes at nasjonalt og fylkeskommunalt nivå kan understøtte dette i enda større grad.

Knyttet til begge tematikkene Program for folkehelsearbeid i kommunene skal arbeide med, men mest angående rusmiddelforebygging, vet vi lite om hva kommuner foretar seg og hvilke tiltak de evt. gjennomfører. Fordi dette framstår som et utforsket felt kan det være nyttig å gjennomføre et oppfølgingsprosjekt der det går gjennom kommunalt planverk, spesielt rusmiddelpolitiske planer der slike finnes, men også andre kommunale dokumenter og erfaringer for å systematisere og skissere innholdet i tiltak som er gjennomført. Det vil evt. være et solid bidrag til kunnskapsbasing av denne typen tiltak rettet mot barn og unge.

Undersøkelsen har videre avdekket at en del kommuner mener det er forskjell på den kompetansen de har og den kompetansen de trenger for å inkludere psykisk helse og rusmiddelforebygging i sitt folkehelsearbeid. Folkehelsekoordinatoren utgjør en dedikert ressurs til folkehelsearbeid, men vi vet ikke hvilken utdanning vedkommende har, vi vet heller ikke hvilken utdanning andre som arbeider med folkehelse i kommuner og fylkeskommuner har. På denne bakgrunn vil vi argumentere for at det gjennomføres et kompetanseløft knyttet til disse temaene. Dette kan gjennomføres ved at en høyskole eller et universitet med relevant folkehelseprogram får i oppgave å utvikle et videre- eller etterutdanningsprogram om temaene. Det kan eventuelt utvikles e-læringskurs i tillegg eller i stedet for.

Vi har også sett at det kan være mangel på kompetanse om metode for å gjennomføre den typen evalueringer programmet etterspør,

spesielt kommunene rapporterer dette. Flere former for evaluering, for eksempel effektevaluering, er metodisk komplisert å gjennomføre, og dette er trolig en viktig grunn til at programmet ønsker en tett kobling mellom kommuner og fylkeskommuner og UoH-miljøer, samt andre kompetansemiljøer. Samtidig skal det også en del metodisk kompetanse til for å ha innsikt i når det bør gjennomføres evalueringer, samt for å forstå artikler om hvordan folkehelseiltak kan evalueres. Jfr. også en av kommentarene som er gitt i undersøkelsen om «gullstandarden for forskning og evaluering».

En viktig utfordring er å styrke oppmerksomheten mot evaluering, samtidig som det også bør publiseres artikler som beskriver evalueringsprosesser som er gjennomført. Særlig iht. de ulike metodiske stegene en evalueringsprosess består av. Trolig er det ikke tilstrekkelig at evaluering presenteres i generelle ordelag. Det vil også være sentralt at det trekkes opp et skille mellom tiltak som bør evalueres med tanke på at andre skal lære av dem og tiltak som kanskje ikke bør evalueres med dette siktemålet, men som begrenses til en intern læreprosess. Programmet legger opp til at det er kommunale utfordringer som skal være utgangspunkt for tiltak og prosjekter som settes i verk, dermed er det ikke sikkert at alle tiltak har overføringsverdi til andre kommuner.

Et siste område det kan være aktuelt for oss å peke på at Program for folkehelsearbeid i kommunene kan ha noen policykonsekvenser, er demokratiopplæringen i skolene. Vi kan ikke si noe om denne, vi har ingen data om det, men demokratisk deltakelse og hvordan det er mulig å engasjere seg for å påvirke egne livsbetingelser kan læres. Fordi barn og unges deltakelse og engasjement er et viktig underliggende tema knyttet til mestring og psykisk helse, kan det tenkes at skolene er viktige aktører.

Litteratur

- Abebe, D. S., L. R. Frøyland, A. Bakken and T. von Soest (2015):
Municipal-level difference in depressive symptoms among
adolescents in Norway: Results from the cross-national
Ungdata study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-8. DOI:
10.1177/1403494815604767
- Baldersheim, H. og K. Ståhlberg (2002). Guided Democracy or
Multi-Level Governance? New Trends in Regulatory
Regimes in Central Local Relations in the Nordic Countries.
Local Government Studies, 28, 74-90
- Baker, E., R. Bentley og K. Mason (2013). The Mental Health
Effect of Housing Tenure: Causal or Compositional? *Urban
Studies*. 2013:50 (2), ss. 426-442
- Bakken, A. (2016). Ungdata. Nasjonale resultater 2016, NOVA
Rapport 8/16. Oslo: NOVA
- Carey, G & Crammond, B (2014), 'The many forms of policy
targeting and universalism', *Journal of Epidemiology and
Community Health*. 10.1136/jech-2014- 204311
- Dahl, E., H. Bergsli og K. A. van der Wel (2014). *Sosial ulikhet i
helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Høgskolen i Oslo og
Akershus
- Departementa (2015). Regjeringa sin handlingsplan for oppfølging
av HelseOmsorg 21-strategien. Forskning og innovasjon i
helse og omsorg (2015-2018)

- Derogatis L.R., Lipman R.S., Rickels K., Uhlenhuth E.H., Covi L. (1974) The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci* 19 (1):1-15
- Exenberger, S. og B. Juen (2014). Well-Being, Resilience and Quality of Life from Childrens Perspectives. A Contextualised Approach. Springer Briefs in Well-Being and Quality of Life Research, Springer, Dordrecht
- Fallet, E. og I. L. Saglie (2013). «Kommunal arealplanlegging». I Aarsæther, Fallet, Nyseth og Kristiansen (red). *Utfordringer for norsk planlegging. Kunnskap, bærekraft, demokrati*. Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Oslo
- Folkehelseinstituttet (2014). *Helsetilstanden I Norge*. Folkehelse rapporten 2014:4, Folkehelseinstituttet , Oslo
- Gestsdottir, S., A. Arnarsson, K. Magnusson, S. A. Arngrimsson, T. Sveinsson & E. Johannsson (2015): Gender differences in development of well-being from adolescent to young adulthood: An eight year follow-up study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-7. DOI: 10.1177/1403494815569864
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2014). Determinants in Norwegian Local Government Health Promotion – Institutional Perspectives. I: Kronenfeld (ed) *Research in the Sociology of Health Care* Vol. 32. Emerald Group Publishing Limited
- Helgesen, M., H. Hofstad, L.C. Risan, I Stang, G.E. Rønningen, C. Lorentzen og U.S. Goth (2014a). Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier I kommuner og fylkeskommuner. NIBR-rapport 2014:3
- Helgesen, M., A. Holm, L.C. Monkerud og L. Schmidt (2014b). Bolig og folkehelse – hva er sammenhengen? En litteraturstudie. NIBR-rapport 2014:16
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering. En baselineundersøkelse. NIBR-rapport 2012:13

- Helgesen, M. (1998). *Betydningen av kjønn i velferdsstaten*. Institutt for administrasjon- og organisasjonsvitenskap, Universitetet i Bergen. Notat nr. 46 1998
- Helsedirektoratet (2016). Program for folkehelsearbeid i kommunene. Helsedirektoratet, Oslo
- Helsedirektoratet (2016b). Gode liv i Norge. Utredning om måling av befolkningens livskvalitet. Rapport, IS-2479, Oslo
- Helsedirektoratet (2015). Well-being på norsk. IS-2344, Helsedirektoratet, Oslo
- Helsedirektoratet (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet, Oslo
- Helsedirektoratet (2014b). Psykisk helse og trivsel i folkehelsearbeidet. IS-2263. Helsedirektoratet, Oslo
- HelseOmsorg 21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse og omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet, Rapport 2014, Oslo
- Hofstad, H. (2011). Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context. *Planning Theory & Practice*, 12, 3, 387-406
- Hofstad, H. og G. S. Hanssen (2015). Samfunnsutviklerrollen til regionalt folkevalgt nivå. Videreutvikling av rollen gjennom partnerskapsbasert regional utvikling og planlegging. NIBR-rapport 2015:17
- Hofstad, H., S. Lid, A. Schou og T. Vedel (2015). Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer, NIBR-rapport 2015:1
- Melding til Stortinget nr. 22 (2015-2016). Nye folkevalgte regioner – rolle, struktur og oppgaver. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo

- Klausen, J. E., S. Arnesen, D. A. Christensen, B. Folkestad, G. S. Hanssen, M. Winswold og J. Aars (2013). *Medvirkning med virkning? Innbyggermedvirkning i den kommunale beslutningsprosessen*. Samareidsrapport NIBR/Uni Rokkansenteret 2013
- KMD (2012). *Kommunal struktur*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, Oslo
- Knudtzon, L. C og T. Tjerbo (2010). *De unge stemmene: innflytelsesorgan for barn og unge i kommuner og fylker*. NIBR-rapport 2010
- Marmot, M. (2010). *The Marmot Review. Fair Society, Healthy Lives. Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*
- Melding til Stortinget nr. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Merlo J, Chaix B, Ohlsson H, Beckman A, Johnell K, Hjerpe P, Råstam L, Larsen K (2006.) A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: using measures of clustering in multilevel logistic regression to investigate contextual phenomena. *J Epidemiol Community Health* 60 (4):290-297
- Merlo J, Chaix B, Yang M, Lynch J, Råstam L (2005). A brief conceptual tutorial of multilevel analysis in social epidemiology: linking the statistical concept of clustering to the idea of contextual phenomenon. *J Epidemiol Community Health* 59 (6):443-449
- NOU (1991:10). *Flere gode leveår for alle. Forebyggingsstrategier*. Sosialdepartementet, Oslo
- Peter, F. (2004). "Health Equity and Social Justice". In Anand, S., Peter, F. og Sen, A. *Public Health, Ethics and Equity*. Oxford University Press, Oxford
- Raninen, J., T. H. Elgán, E. Sundin & M. Ramstedt (2015): *Prevalence of children whose parents have a substance use disorder: Findings from a Swedish general population*

survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-4. DOI: 10.1177/1403494815601525

- Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid. Dokument 3:11 (2014-105). Riksrevisjonen, Oslo
- Røiseland, A. og S. I. Vabo (2008). Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift. Vol. 24, p 86-107
- Schou, A., M. Helgesen og H. Hofstad (2014). Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner. NIBR-rapport 2014:21
- Sletten, M. A., A. Bakken and P. L. Andersen (2015): *Oppfølgingsprosjektet i Ny Giv. Sluttrapport fra en kartleggingsstudie.* NOVA, Oslo and Akershus University College, Oslo
- Statistics Norway (2014) [Municipality-State-Reporting]. <http://www.ssb.no/en/offentlig-sektor/kostra>. Accessed 10 March 2015
- Stegeman I. and Costongs C (2012): *The Right Start to a Healthy Life. Levelling-up the Health Gradient Among Children, Young People and Families in the European Union – What Works?* EuroHealthNet/ European commission
- Stenmark. H., E. Bergström, B. Hägglöf, A. Öhman & S. Petersen (2015): Mental problems and their socio-demographic determinants in young schoolchildren in Sweden, a country with high gender and income equality. *Scandinavian Journal of Public Health* 1-9. DOI: 10.1177/1403494815603544
- Sund, A.M., Larsson, B., Wichstrom, L. (2011). Prevalence and characteristics of depressive disorders in early adolescents in central Norway. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 5 (1):28

- Sørensen, E. og J. Torfing (2009). Making Governance Networks Effective and Democratic through Metagovernance. *Public Administration*, Vol. 87, p 234-258
- Tjerbo, T., H. Zeiner og M. Helgesen (2012). Kommunalt psykisk helsearbeid. NIBR-rapport 2012:4
- Viner, R. M., E. M. Ozer, S. Denny, M. Marmot, M. Resnick, A. Fatusi and C. Currie: Adolescence and the social determinants of health. <http://www.thelancet.com/Lancet> 2012 Vol 379 April 28, 2012
- Wichstrom, L. (1999). The emergence of gender difference in depressed mood during adolescence: The role of intensified gender socialization. *Dev Psychol* 35 (1):232-245. doi:10.1037//0012-1649.35.1.232
- Aarsæther, N. (2013). "Planlegging som handlingstype". I Aarsæther, Fallet, Nyseth og Kristiansen (red). *Utfordringer for norsk planlegging. Kunnskap, bærekraft, demokrati*. Cappelen Damm Høyskoleforlaget, Oslo

Vedlegg 1 Spørreskjema til kommuner

24.5.2017

QuestBack

Folkehelsearbeid i kommunene

By- og regionforskningsinstituttet NIBR, Høgskolen i Oslo og Akershus, gjennomfører denne spørreundersøkelsen for Helsedirektoratet. Den handler om kommunens folkehelsearbeid med særlig vekt på barn og unges psykiske helse og trivsel **før** «Program for folkehelsearbeid i kommunene» settes i verk i løpet i 2017. Program for folkehelsearbeid i kommunene er en oppfølging av Meld. St. nr. 19 (2014-2015) «Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter». Programmet er tiårig og har barn og unge som prioritert målgruppe. Tanken er at fylkeskommuner skal ta initiativ og søke Helsedirektoratet om å bli programfylker for utvikling og utprøving av tiltak som skal fremme befolkningens helse og livskvalitet. Deretter skal programfylkene invitere kommuner til samarbeid.

I denne undersøkelsen er vi interessert i det befolkningsrettede folkehelse- og helsefremmingsarbeidet som gjennomføres i kommunene. Det legges særlig vekt på arbeidet som gjennomføres for å bedre barn og unges helse og trivsel i alle kommunale sektorer og enheter, og spesielt det som omhandler psykisk helse og rusforebygging. Vi er også interessert i å vite om tiltak som settes i verk oppfattes som å redusere sosial ulikhet i helse blant barn og unge.

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskere ved NIBR og NOVA vil ha tilgang til svarene. Spørreskjemaet vil ikke inneholde navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger om deg som person. Svarene i spørreskjemaet vil ikke bli koblet med andre kilder eller opplysninger om deg. NIBR og NOVA skal utarbeide publikasjoner som presenterer resultatene fra undersøkelsen. Du som enkeltperson vil ikke kunne gjenkjennes i resultatene fra undersøkelsen. Det er frivillig å delta. Du gir ditt samtykke ved å svare på skjemaet og trykke på sendknappen.

Det er en fordel om flere kan delta når skjemaet fylles ut. Kanskje kan det være tema i et aktuelt møte? Det vil være mulig å gå fram og tilbake i skjemaet, men det er ikke mulig å gå ut av skjemaet for å gjøre det ferdig på et senere tidspunkt. Undersøkelsen har 40 spørsmål. Hvis dere har spørsmål vedrørende undersøkelsen, ta kontakt med marit.helgesen@nibr.hioa.no eller Arild.schou@nibr.hioa.no

På forhånd takk for hjelpen!

Begrepe folkehelse, folkehelsearbeid og psykisk helse i folkehelsearbeidet vil brukes i spørsmålene. Med *folkehelse* menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Med *folkehelsearbeid* menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Med *psykisk helse i folkehelsearbeidet* menes samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet med særlig vekt på mestringsbetingelser.

1) Spørsmål 1) På hvilke områder har kommunen størst folkehelseutfordringer?

- Oppvekstmiljø
- Bolig og boligsosiale forhold
- Skole og utdanning
- Arbeid og inntekt
- Sosiale møteplasser/sosialt nettverk
- Deltakelse i kulturaktiviteter
- Stress hos barn og unge
- Psykiske helseplager hos barn og unge
- Fysisk aktivitet
- Ernæring
- Tobakk
- Rus (alkohol, narkotika, dop)
- Skader og ulykker
- Støy, luft, vann og stråling
- Areal- og transportplanlegging/samferdsel
- Grønt- og friluftsområder
- Trygghets- og kriminalitetsforebygging
- Annet



ORGANISERING OG DAGLIG ANSVAR

24.5.2017

QuestBack

2) Spørsmål 2) Hvilke aktører tar mye ansvar i folkehelsearbeidet?

- Kommunelegen
- Ledende helsesøster
- Barnehagestyrer
- Rektorer
- Leder i barnevernet
- Leder i psykisk helse
- Leder i rusenheten
- Leder i avdeling kultur/idrett
- Leder i NAV
- Folkehelsekoordinator
- Integreringskoordinator
- Frivillige organisasjoner
- Private aktører
- Leder av planavdelingen
- Annet
- Vet ikke

**TVERRSEKTORIELT ARBEID**

Samarbeid og innsats på tvers av sektorgrenser er viktig i folkehelsearbeidet, jfr. Helse i alt vi gjør. Vi er derfor interessert i å vite hvordan kommunen arbeider internt.

3) Spørsmål 3) Har kommunen etablert interne tverrsektoriell(e) arbeidsgrupp(er) som arbeider med folkehelse? Vi er interessert i tverrsektorielle grupper på strategisk nivå i kommunen.

- Ja
- Nei
- I ferd med å etablere
- Vet ikke

4) Spørsmål 4) Deltar følgende kommunale tjenester i tverrsektorielle arbeidsgrupper? Flere kryss mulig

- Helsestasjonstjenesten
- Skolehelsetjenesten
- Barnehager
- Skoler
- Kultur/Idrett
- Plan/miljø/teknisk
- Rådmannens stab
- Pleie og omsorg
- Kommunelegen
- PPT
- NAV-sosial
- Bolig
- Barnevern
- Psykisk helsearbeid
- Enhet for rusarbeid
- Frisklivssentral
- Annet
- Vet ikke

**DET SYSTEMATISKE FOLKEHELSEARBEIDET**

Det systematiske folkehelsearbeidet knytter oversiktsarbeidet til kommunene og skal sikre at folkehelsearbeidet blir treffsikkert og langsiktig. Det er knyttet til det fireårige kretsløpet som følger rulleringen av planstrategien og består av elementene 1. kunnskap om helsetilstanden og faktorer som påvirker helse, 2. prioriteringer i planstrategien 3. fastsetting av mål i planer og 4. utvikling av tiltak for å møte målsettingene, 5. evaluering av folkehelsearbeidet.

OVERSIKTSARBEID

Folkehelselovens § 5 pålegger kommuner og fylkeskommuner å utarbeide oversikter over helsetilstanden og positive og negative faktorer som kan påvirke helsen. Oversikter danner et kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet og er en viktig og selvstendig del av prinsippet om «helse i alt vi gjør».

24.5.2017

QuestBack

5) Spørsmål 5) Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

6) Spørsmål 6) Er forhold som fremmer psykisk helse inkludert i oversikten?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

7) Spørsmål 7) Er forhold som styrker rusforebygging inkludert i oversikten?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



8) Spørsmål 8) I hvilken grad opplever kommunen at staten bidrar med nyttig informasjon til oversiktsarbeidet? Med informasjon mener vi folkehelseprofiler og annen statistisk informasjon, faktaark og lignende.

- Informasjonen er veldig nyttig
- Informasjonen er litt nyttig
- Informasjonen er lite nyttig
- Informasjonen er ikke nyttig i det hele tatt
- Vet ikke



PLANSTRATEGI OG PLANLEGGING

9) Spørsmål 9) På hvilken måte er oversikten fulgt opp politisk og administrativt? Flere kryss mulig

- Det er laget en kunnskapsbase som også inkluderer folkehelseprofilene
- Oversikten inngår som grunnlag for prioriteringer i planstrategien
- Oversikten inngår som grunnlag for prioriteringer i et handlingsprogram
- Oversikten inngår som grunnlag for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel
- Oversikten inngår som grunnlag for prioriteringer i arealplanen
- Oversikten inngår som grunnlag i politiske beslutninger som angår relevante sektorer
- Oversikten inngår som grunnlag for utvikling av folkehelseiltak for barn og unge
- Oversikten inngår som grunnlag for valg av tiltak
- Oversikten er ikke fulgt opp politisk og administrativt
- Annet
- Vet ikke

10) Spørsmål 10) Hvis oversikten inngår som grunnlag for utvikling av folkehelseiltak for barn og unge, kan du utdype hvilke tiltak som er utviklet eller planlagt utviklet?



24.5.2017

QuestBack

11) Spørsmål 11) Er tiltak for å arbeide med forebygging av psykiske helseplager og rus, samt bedring av trivsel for barn og unge inkludert i følgende planer? Flere kryss mulig

	Forebygging av psykiske lidelser for barn og unge	Forebygging av rusmiddelrelaterte skader for barn og unge	Fastsetting av mål for å redusere stress for barn og unge	Fastsetting av mål for å øke trivsel og livskvalitet for barn og unge	Vet ikke
Kommunedelplan folkehelse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommuneplanens samfunnsdel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Økonomiplanen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunedelplan for barn og unge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunedelplan for oppvekst og levekår	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunedelplan for skole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Handlings- eller tiltaksplaner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



ARENAER OG TILTAK

Det finnes mange arenaer som kan tas i bruk og mange tiltak en kommune kan sette i verk for å bedre folkehelsen, redusere sosial ulikhet, samt skape god psykisk helse og livskvalitet for alle og for barn og unge spesielt. I denne bolken spør vi om hva som er hovedprioritet i folkehelsearbeidet og vi er interessert i å få vite noe om prioriterte tiltak som evt. er iverksatt.

12) Spørsmål 12) Er det utarbeidet oversikt over eksisterende folkehelseiltak i kommunen? Hvilke avdelinger har eventuelt tiltak? Flere kryss mulig.

- Oppvekstmiljø
- Bolig og boligsosiale forhold
- Skole og utdanning
- Arbeid og inntekt
- Sosiale møteplasser/sosialt nettverk
- Deltakelse i kulturaktiviteter
- Stress hos barn og unge
- Psykiske helseplager hos barn og unge
- Fysisk aktivitet
- Ernæring
- Tobakk
- Rus (alkohol, narkotika, dop)
- Skader og ulykker
- Støy, luft, vann og stråling
- Areal og transportplanlegging/samferdsel
- Grønt- og friluftsområder
- Tryghets- og kriminalitetsforebygging
- Annet



24.5.2017

QuestBack

13) Spørsmål 13) Hvilke arenaer har kommunen der det legges til rette for at barn og unge kan delta i aktiviteter?

- Fritidsklubb
- Bibliotek
- Kulturskole
- Barnehager
- Skole
- Helsestasjon for unge
- Rusfrie arrangement
- Andre møteplasser
- Annet
- Vet ikke

14) Spørsmål 14) Hvis du har svart annet, kan du angi hvilke arenaer dette dreier seg om?**TILTAK I KOMMUNALE TJENESTER**

I denne bolken er vi interessert i hvilken grad det gjennomføres tiltak for å styrke barn og unges psykisk helse og øke deres trivsel knyttet til ulike tjenester i kommunen.

15) Spørsmål 15) Hvilke aktiviteter utvikler kommunen i helsestasjonen? Flere kryss mulig

- Vi utvikler helsestasjonen som et godt sted å være for foreldre og barn
- Helsestasjonen driver foreldreveiledning
- Helsestasjonen utvikler tiltak for utsatte foreldre
- Helsestasjonen arbeider med relasjonsbygging
- Helsestasjonen arbeider med rusforebygging
- Annet

16) Spørsmål 16) Hvis kommunen har foreldreveiledning på helsestasjonen, hvilke tema er gis det veiledning om?



17) Spørsmål 17) Hvilke aktiviteter utvikler kommunene i barnehagene? Flere kryss mulig

- Vi gjennomfører barnesamtaler
- Vi styrker ledelsen i våre barnehager
- Vi har gratis kjernetid i våre barnehager
- Vi har gradert foreldrebetaling i våre barnehager
- Barnehagene arbeider med forsterket språkopplæring
- Barnehagene utvikler foreldresamtalene
- Barnehagene arbeider med foreldreveiledning
- Barnehagene legger til rette for at barna kan delta i beslutninger om mat og aktiviteter
- Barnehagene arbeider med overgangen til skole
- Annet
- Vet ikke

18) Spørsmål 18) Hvis barnehagene arbeider med foreldreveiledning, hvilke tema gis det veiledning om?



24.5.2017

QuestBack

19) Spørsmål 19) Hvilke aktiviteter utvikler kommunen i skolene? Flere kryss mulig

- Vi har tiltak for å utvikle skole- og klasseledelse
- Vi iverksetter tiltak for å hindre mobbing
- Vi har tiltak for å styrke elevenes medvirkning knyttet til klassen
- Vi har tiltak for å hindre frafall i barne- og ungdomsskoler
- Det er gradert foreldrebetaling i SFO/aktivitetsskolen
- Det legges til rette for samarbeid med helsestasjonen
- Vi arbeider med overganger mellom skoletrinn
- Vi samarbeider med oppfølgingstjenesten
- Vi utvikler skole-hjem-samarbeidet
- Det er iverksatt tiltak for rusforebygging
- Vi styrker elevrådet
- Vi styrker elevenes representasjon i samarbeidsutvalget
- Annet

**20) Spørsmål 20) Hvilke aktiviteter utvikler kommunene knyttet til barn og unges fritid? Flere kryss mulig**

- Fritidskontakt
- Støtte til fritidsaktiviteter (økonomisk eller med utstyr)
- Fritidsklubb
- Samarbeid med frivillige organisasjoner
- Lav betaling til kulturskolen
- Helsestasjon for unge
- Arbeidstreningstiltak for unge
- Formidling av sommerjobber for unge
- Samarbeid med NAV
- Annet

21) Spørsmål 21) Hvis du har svart annet, kan du utdype hvilke aktiviteter kommunen utvikler?

22) Spørsmål 22) Arbeider kommunen spesielt for at arenaer der barn og unge ferdes skal være rusfrie?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



EVALUERING OG KUNNSKAP OM FOLKEHELSE OG VIRKNINGER AV TILTAK

Det er vanlig å snakke om at iverksetting av folkehelseiltak bør være kunnskapsbasert. Kunnskapsbasering betyr blant annet at det iverksettes tiltak som har vist seg å være effektive. Spørsmålet under handler derfor om hvilke aktiviteter som gjennomføres i kommunen for å sikre at tiltak er kunnskapsbaserte.

24.5.2017

QuestBack

23) Spørsmål 23) Hvordan får kommunene kunnskap om tiltak virker? Flere kryss mulig

- Vi leser forskningsrapporter
- Vi leser forskningsoppssummeringer
- Vi leser vitenskapelige artikler
- Vi benytter faktaark
- Vi finner kunnskap på relevante nettsider
- Vi benytter tilgjengelige databaser
- Vi får inspirasjon fra samarbeid med andre kommuner
- Vi evaluerer alle tiltak vi setter i verk
- Vi evaluerer relevante tiltak vi setter i verk
- Vi samarbeider med fylkeskommunen om evaluering av tiltak
- Vi samarbeider med universitets- og høyskolesektoren om evaluering av tiltak
- Vi samarbeider med andre kompetansemiljøer om evaluering av tiltak
- Vi etterspør innbyggernes mening om tiltak som en del av evalueringen
- Vi sikrer relevante målgruppers deltakelse i utviklingen av tiltak
- Annet

**SAMARBEID**

Samarbeid anses som en viktig del av folkehelsearbeidet. Samarbeid med eksterne aktører kan ofte være nyttig for å gjennomføre og evaluere folkehelseiltak. I denne bolken stiller vi derfor spørsmål om hvilke aktører kommunen samarbeider med om folkehelseiltak for barn og unge.

24.5.2017

QuestBack

24) Spørsmål 24) I hvilken grad samarbeider kommunen med følgende aktører?

	Samarbeider			
	Samarbeider mye	Samarbeider lite	ikke i det hele tatt	Vet ikke
Andre kommuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universitets- og høyskolesektoren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre kompetansemiljøer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regionalt kompetansesenter for rus (KORUS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frivillige organisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fylkeskommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommunenes arbeidsgiver- og interesseorganisasjon KS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Private aktører	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fylkesmannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regional barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

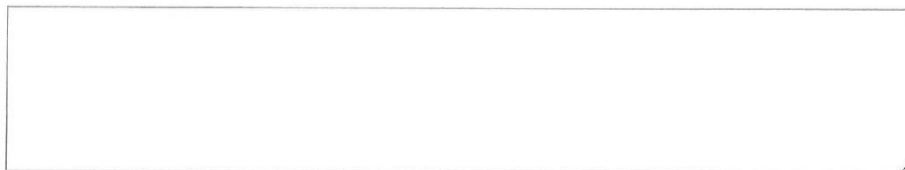
**25) Spørsmål 25) Hva samarbeider kommunen med eksterne aktører om? Flere kryss mulig**

- Råd og veiledning
- Kompetanseheving
- Utdanning av personell
- Eksterne bidrar inn i arbeidet med oversikter
- Utvikling av tiltak
- Gjennomføring av tiltak
- Evaluering av tiltak
- Vi kan søke om tilskuddsmidler til tiltak
- Kommunen har detatt i strategiske tiltak eksterne har organisert
- Kommunen er i partnerskap om folkehelse med fylkeskommunen
- Kommunen deltar i erfaringsnettverk
- Eksterne aktører støtter kommunalt planarbeid
- Annet

24.5.2017

QuestBack

26) Spørsmål 26) Hvis du har svart annet på et av de to foregående spørsmålene, kan du utdype hvilke eksterne aktører dere samarbeider med og hva dere samarbeider om?



27) Spørsmål 27) Hvis fylkeskommunen søker om å bli programfylke i "Program for folkehelsearbeid i kommunene", vil kommunen da satse på å bli samarbeidskommune?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

28) Spørsmål 28) Vil kommunen evt. samarbeide med andre kommuner for å bli samarbeidskommune?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



SOSIAL ULIKHET I HELSE

Begrepet om sosial ulikhet i helse peker på at det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og folks helse. Forskjellene som oppstår knyttes først og fremst til utdanning, inntekt og arbeid, men også til oppvekstvilkår, som for eksempel fysisk bomiljø. I spørsmålet under er vi derfor interessert i om kommunen prioriterer fordelingshensyn i planlegging og beslutning. Med fordelingshensyn mener vi tiltak som direkte kan knyttes til levekår (eks. økonomisk støtte til livsopphold) og tiltak som indirekte kan knyttes til levekår, igjen som bomiljø, men også til fordeling av velferdstjenester.

24.5.2017

QuestBack

29) Spørsmål 29) Er fordelingshensyn prioritert på følgende områder?

	Ja	Nei	Vet ikke
I kommuneplanen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I sektor-/virksomhetsplaner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I saksfremstillinger til politiske beslutninger	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I tiltak rettet mot folkehelse og forebygging	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I tiltak rettet mot barn og unge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I saksbehandlingsrutiner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30) Spørsmål 30) Slik du ser det, kan kommunen bidra til å redusere sosiale ulikheter i helse?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

31) Spørsmål 31) Kan du utdype svaret ditt her?**KOMPETANSE**

Å ha tilstrekkelig og god kompetanse på de tjenesteområdene kommunen har ansvaret for anses som viktig for å kunne yte gode tjenester. I denne bolken er vi interessert i å vite litt om hvilken kompetanse kommunen har som kan benyttes inn mot inkludering av psykisk helse, livskvalitet og rusforebygging i folkehelsearbeidet og hvordan kommunen arbeider for å sikre seg kompetanse.

24.5.2017

QuestBack

32) Spørsmål 32) Oppfatter du at det er forskjeller mellom den kompetansen dere har og den kompetansen dere trenger for å drive et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid for å fremme psykisk helse?

- Det er store forskjeller
- Det er noen forskjeller
- Det er få forskjeller
- Vi har kompetansen vi trenger
- Vet ikke

33) Spørsmål 33) Er rekruttering og kompetanseheving en del av oppveksttjenestens planer?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

34) Spørsmål 34) Er rekruttering og kompetanseheving en del av enhet for psykisk helsetjenestens planer?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

35) Spørsmål 35) Er rekruttering og kompetanseheving en del av rusenhetenes planer?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

36) Spørsmål 36) Utvikler kommunen kompetansen til ansatte som arbeider med tjenester til barn og unge i hvordan de kan styrke oppvekstvilkårene?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

24.5.2017

QuestBack

37) Spørsmål 37) Hvis du har svart ja på spørsmålet over, kan du utdype det?



38) Spørsmål 38) Er det mulig å angi omlag hvor stor andel av kommunens budsjett som brukes på barn og unge?

39) Spørsmål 39) Kan du kort gi noen eksempler på hva som er målene for psykisk helse i skriftlige dokumenter som planer - for eksempel i kommunedelplan for folkehelse, plan/strategi for å forebygge psykiske lidelser og rus, oppvekstplan eller plan for kultur?

40) Spørsmål 40) Er det noe annet kommunen gjør knyttet til arbeidet for barn og unge som du mener det er viktig at vi vet?

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.

Vedlegg 2

Spørreskjema til fylkeskommuner

28.6.2017

QuostBack

Program for folkehelsearbeid i kommunene, undersøkelse til fylkeskommuner

By- og regionforskningsinstituttet NIBR og Velferdsforskningsinstituttet NOVA, begge Høgskolen i Oslo og Akershus, gjennomfører denne spørreundersøkelsen for Helsedirektoratet. Undersøkelsen handler om fylkeskommunens arbeid med å understøtte kommunene og gjennomføres før "Program for folkehelsearbeid i kommunene" settes i verk. "Program for folkehelsearbeid i kommunene" er en oppfølging av Meld. St. nr. 19 (2014-2015) "Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter". Programmet er tiårig og omfatter en satsning på utvikling av kommunenes arbeid med å fremme befolkningens helse og livskvalitet.

Fylkeskommunene inviteres til å ta en rolle i dette arbeidet og kan søke til Helsedirektoratet om tilskuddsmidler til utvikling og utprøving av metoder og tiltak i kommunene innenfor områdene psykisk helse og livskvalitet, samt rusforebyggende arbeid.

I denne undersøkelsen er vi interessert i folkehelsearbeidet som gjennomføres nå. Undersøkelsen legger særlig vekt på hvordan det satses på kunnskapsbasert folkehelsearbeid, hvordan det arbeides for å understøtte kommunene og hvordan det samarbeides med kompetanse- og forskningsmiljøer og andre aktører om å gjennomføre folkehelsearbeidet.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Kun forskere ved By- og regionforskningsinstituttet vil ha tilgang til svarene. Spørreskjemaet vil ikke inneholde navn, fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennbare opplysninger om deg. NIBR skal utarbeide publikasjoner som presenterer resultater fra undersøkelsen. Du som enkeltperson vil ikke kunne gjenkjennes i resultater fra den. Det er frivillig å delta. Du gir ditt samtykke ved å svare på og trykke på send-knappen.

Undersøkelsen har 35 spørsmål.

Hvis du har spørsmål vedrørende undersøkelsen kan du kontakte marit.helgesen@nibr.hioa.no eller Arild.schou@nibr.hioa.no

På forhånd takk for hjelpen!

Begrepene folkehelse, folkehelsearbeid og psykisk helse i folkehelsearbeid vil brukes i spørsmålene. Med *folkehelse* menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeles seg i en befolkning. Med *folkehelsearbeid* menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse eller trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen. Med *psykisk helse i folkehelsearbeidet* menes samfunnets innsats for å fremme befolkningens psykiske helse og livskvalitet med særlig vekt på mestringbetingelser og utjevning av sosiale forskjeller i helse.

<https://web2.questback.com/Quests/QuestDesigner/PreviewPage.aspx?QuestID=4938470&sid=I3MfGnBrO&PPK=lyxjgq3deq>

1/13

28.6.2017

QuestBack

1) Spørsmål nr. 1 Hva vil du karakterisere som fylkeskommunens folkehelseutfordringer? Flere kryss mulig

- Befolknings sammensetning
- Oppvekstforhold for barn og unge
- Bolig og boligsosiale forhold
- Skole og utdanning
- Arbeid og inntekt
- Sosiale møteplasser/sosialt nettverk
- Deltakelse i kulturaktiviteter
- Stress hos barn og unge
- Psykiske helseplager hos barn og unge
- Fysisk aktivitet
- Ernæring
- Tobakk
- Rus (alkohol, narkotika, dop)
- Skader og ulykker
- Støy, luft, vann og stråling
- Areal- og transportplanlegging/samferdsel
- Grønt- og friluftsområder
- Trygghets- og kriminalitetsforebygging
- Annet



ORGANISERING OG DAGLIG ANSVAR

Her er vi interessert i hvilken enhet eller enheter i fylkeskommunen som har det daglige ansvaret for å følge opp folkehelsearbeidet.

28.6.2017

QuestBack

2) Spørsmål nr. 2 Hvilke virksomhet(er) arbeider med folkehelse? Flere kryss mulig

- Avdeling for tannhelse
- Avdeling for utdanning
- Avdeling for kultur
- Avdeling for idrett/friluftsliv
- Avdeling for plan og planarbeid
- Avdeling for næringsutvikling
- Avdeling for samferdsel/veg og transport
- Fylkesrådmannens stab
- Relevant(e) politisk(e) utvalg
- Ungdommens fylkesting og fylkesutvalg
- Annet

**3) Spørsmål nr. 3 Hvis du har svart relevant(e) politisk utvalg, kan du oppgi hvilke(t) utvalg?****TVERRSEKTORIELT ARBEID**

Samarbeid og innsats på tvers av sektorgrensene er viktig i folkehelsearbeidet, jmf. "Helse i alt vi gjør". Vi er derfor interessert i å vite hvordan fylkeskommunen arbeider internt, men også i hvilken grad det foregår samarbeid med eksterne aktører.

4) Spørsmål nr. 4 Har fylkeskommunen et administrativt team eller utvalg som arbeider spesielt med folkehelse?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



**5) Spørsmål nr. 5 Hvis dere svarte ja på spørsmål 4, hvilke enheter deltar i teamet eller utvalget?
Flere kryss mulig**

- Avdeling for tannhelse
- Avdeling for utdanning
- Avdeling for kultur
- Avdeling for idrett/friluftsliv
- Avdeling for plan og planarbeid
- Avdeling for næringsutvikling
- Avdeling for samferdsel/veg og transport
- Fylkesrådmannens stab
- Relevant(e) politisk(e) utvalg
- Annet

6) Spørsmål nr. 6 Hvis du har svart relevant(e) politisk(e) utvalg, kan du oppgi hvilke(t)?



7) Spørsmål nr. 7 Hvor viktig er følgende virkemidler for å følge opp fylkeskommunens tverrsektorielle arbeid?

	Svært viktig	Viktig	Mindre viktig	Uaktuelt
Tverrsektorielt samarbeid er inkludert i ansvarlige enheters budsjett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tverrsektorielt samarbeid er forankret i planstrategien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tverrsektorielt samarbeid er forankret i delplan for folkehelse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tverrsektorielt samarbeid er forankret i andre delplaner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tverrsektorielt samarbeid er forankret i virksomhetsplaner for aktuelle tjenesteområder	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beslutninger om helsefremmende prosjekter eller tiltak fattes som tverrsektorielt samarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beslutninger om forebyggende prosjekter og tiltak fattes som tverrsektorielt samarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

28.6.2017

QuestBack



SAMARBEID MED EKSTERNE AKTØRER

8) Spørsmål nr. 8 Har fylkeskommunen et samarbeidsforum om folkehelse der eksterne aktører på fylkeskommunalt nivå deltar?

- Ja
 Nei
 Vet ikke



9) Spørsmål nr. 9 Hvis du svarte ja på spørsmål 8, hvilke aktører deltar?

	Deltar mye	Deltar en del	Deltar lite	Deltar ikke	Uaktuelt
Fylkesmannen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kommuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Innovasjon Norge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
KS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regionalt forskningsråd	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Universitet/høgskole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetansesentre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre kunnskaps- eller forskningsmiljøer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
NAV-fylke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Helseforetak	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Idretts- og friidtsorganisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kulturorganisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Miljøorganisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bruker/pasientorganisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barne- og ungdomsorganisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre frivillige organisasjoner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Andre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



SAMARBEID MELLOM ULIKE ADMINISTRATIVE NIVÅER

Fylkeskommunen skal være pådriver for å samordne folkehelsearbeidet i kommunene. Det er derfor viktig å få informasjon om hva fylkeskommunen gjør, og hvordan, for å understøtte kommunenes

<https://web2.questback.com/Quests/QuestDesigner/PreviewPage.aspx?QuestID=4938470&sid=t3MfeGNBrO&PPK=lyxjgq3deq>

5/13

folkehelsearbeid.

10) Spørsmål nr. 10 Hva gjør fylkeskommunen for å understøtte kommuners folkehelsearbeid?

Flere kryss mulig

- Fylkeskommunen har etablert partnerskap med kommunene i fylket, dvs. formalisert samarbeid der roller og oppgaver er spesifisert
- Fylkeskommunen har målrettede prosjekter og tiltak kommuner kan delta i
- Fylkeskommunen etablerer erfaringsnettverk kommuner kan delta i
- Fylkeskommunen tilbyr konferanser kommuner kan delta på
- Annet
- Vet ikke

11) Spørsmål nr. 11 Hvordan understøtter fylkeskommunen kommunenes folkehelsearbeid?

Flere kryss mulig

- Fylkeskommunen tilbyr kunnskap om helsetilstand/folkehelseutfordringer
- Fylkeskommunen tilbyr kunnskap om påvirkningsfaktorer for helse
- Fylkeskommunen tilbyr støtte i det kommunale planarbeidet
- Fylkeskommunen tilbyr råd og veiledning om lokale folkehelseiltak
- Fylkeskommunen bidrar til oppbyggingen av kommunenes kompetanse om folkehelse
- Fylkeskommunen støtter alle kommunenes folkehelsearbeid økonomisk
- Fylkeskommunen støtter arbeidet til de kommunene som deltar i målrettede prosjekter og tiltak økonomisk
- Annet
- Vet ikke



12) Spørsmål nr. 12 Har fylkeskommunen målrettede folkehelseprosjekter eller tiltak der kommuner deltar?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

28.6.2017

QuestBack

13) Spørsmål nr. 13 Hvis du har svart ja på spørsmål 12, kan du utdype hvilke prosjekter eller tiltak dere har og hva de handler om?

14) Spørsmål nr. 14 Omlag hvor mye midler går til kommuner som deltar i sliske prosjekter eller tiltak?



15) Spørsmål nr. 15 Dreier noen av prosjektene eller tiltakene seg om temaene under? Flere kryss mulig

- Å skape trivsel
- Å skape tilhørighet
- Å styrke deltakelse
- Å skape mestring
- Å skape gode relasjoner i lokalsamfunnet
- Å redusere stress for barn og unge
- Å forebygge rusbruk blant barn og unge
- Å forebygge skader/uhelse hos barn og unge knyttet til rusbruk
- Annet

16) Spørsmål nr. 16 Hvis noen av prosjektene eller tiltakene dere har dreier seg om ett eller flere av temaene, kan du utdype hva som er satt i gang, hvor mange kommuner som deltar og hvor mye ressurser som brukes?

28.6.2017

QuestBack

17) Spørsmål nr. 17 Har fylkeskommunen planer om å søke status som programfylke (søke midler over tilskuddsordningen "Tiltaksutvikling innen program for folkehelsearbeid i kommunene)?

- Ja
 Nei
 Vet ikke



OVERSIKTSARBEID

Folkehelselovens §§ 5 og 21 pålegger kommunene og fylkeskommunene å utarbeide oversikter over helsetilstanden i befolkningen og positive og negative faktorer som kan påvirke helsen. Oversikter danner et kunnskapsgrunnlag for folkehelsearbeidet og er en viktig selvstendig del av prinsippet om "Helse i alt vi gjør". Forskrift om oversikt over folkehelsen, §§ 3 og 5 pålegger å lage et samlet oversiktsdokument.

18) Spørsmål nr. 18 Har fylkeskommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden i fylkeskommunen?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

19) Spørsmål nr. 19 Har fylkeskommunen laget oversikt over positive og negative faktorer i fylket som kan påvirke helsen?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

20) Spørsmål nr. 20 Er dette samlet i et oversiktsdokument?

- Ja
 Nei
 Vet ikke



28.6.2017

QuestBack

21) Spørsmål nr. 21 Hvilke temaer er inkludert i oversiktsdokumentet? Flere kryss mulig

- Befolkningssammensetning
- Oppvekstmiljø
- Bolig og boligsosiale forhold
- Skole og utdanning
- Arbeid og inntekt
- Sosiale møteplasser/sosialt nettverk
- Deltakelse i kulturaktiviteter
- Stress hos barn og unge
- Psykiske helseplager hos barn og unge
- Fysisk aktivitet
- Ernæring
- Tobakk
- Rus (alkohol, narkotika, dop)
- Skader og ulykker
- Støy, luft, vann og stråling
- Areal- og transportplanlegging/samferdsel
- Grønt- og friluftssområder
- Trygghets- og kriminalitetsforebygging
- Annet



22) Spørsmål nr. 22 Hvordan har fylkeskommunen fulgt opp oversikten? Flere kryss mulig

- Oversikten inngår som grunnlag for prioritering i planstrategien
- Oversikten inngår som grunnlag for utarbeidelse av delplan om folkehelse
- Oversikten inngår som grunnlag for utarbeidelse av planprogram
- Oversikten inngår som grunnlag for andre fylkeskommunale planer
- Oversikten brukes i veiledning av kommuner
- Oversikten inngår som grunnlag for politiske beslutninger som angår relevante sektorer
- Oversikten inngår som grunnlag for utvikling av generelle folkehelseiltak
- Oversikten brukes i kompetanseutvikling i samarbeid med kommuner
- Oversikten inngår som beslutningsgrunnlag for å velge ut kommuner som kan delta i prosjekter og tiltak
- Oversikten inngår som grunnlag for utvikling av tiltak for barn og unge
- Oversikten inngår som grunnlag for å utvikle tiltak for barn og unge som er i en utsatt posisjon, eventuelt deres familier
- Annet
- Vet ikke

SOSIAL ULIKHET

I de neste spørsmålene er vi interessert i å få vite noe om hvordan fylkeskommunen planlegger og handler angående sosial ulikhet i helse. Begrepet om sosial ulikhet i helse peker på at det er en sammenheng mellom sosioøkonomisk status og helse. Forskjellene som oppstår knyttes først og fremst til utdanning, inntekt og arbeid, men også til oppvekstvilkår knyttet til bomiljø, trafikk, transport, og tilgang til andre typer tjenester og rekreasjonsområder.

23) Spørsmål nr. 23 Er fordelingshensyn prioritert på følgende områder? Flere kryss mulig

- I planstrategien
- I relevante delplaner
- I relevante planprogram
- I saksfremstillinger til politiske beslutninger
- I tiltak innenfor fylkeskommunens arbeidet med folkehelse
- I tiltak innenfor fylkeskommunens arbeid med forebygging
- I det tverrsektorielle samarbeidet i fylkeskommunen
- I samarbeidet med kommuner
- I samarbeidet med eksterne aktører
- Vet ikke

28.6.2017

QuestBack



24) Spørsmål nr. 24 Er prioriteringshensyn ivaretatt i tiltak og tiltaksutvikling?

- Ja, i alle sektorer
- Ja, i relevante sektorer for tjenester til barn og unge
- Av og til
- Vi tar ikke slike hensyn
- Vet ikke

25) Spørsmål nr. 25 Oppfattes det at fylkeskommunen har virkemidler som gjør den rustet til å redusere sosiale ulikheter i helse?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



26) Spørsmål nr. 26 Hvis du svarte ja på spørsmål 25, kan du utdype hvilke virkemidler fylkeskommunen har og hvilke ansvarsområder de er knyttet til?



27) Spørsmål nr. 27 Hvis du mener fylkeskommunen ikke har virkemidler til å redusere sosial ulikhet i helse, kan du utdype det?



<https://web2.questback.com/Quests/QuestDesigner/PreviewPage.aspx?QuestID=4930470&sid=t3MfeGNBrO&PPK=lyxjgq3deq>

11/13

FORSKNING OG KOMPETANSE

I denne siste bolken er vi interessert i å få vite noe om hvilken kompetanse fylkeskommunen har om folkehelse, tiltak, tiltaksutvikling og evaluering av tiltak.

28) Spørsmål nr. 28 Har fylkeskommunen forskningskompetanse som er relevant for folkehelsearbeidet? (En eller flere ansatte med doktorgrad)

- Ja
- Nei
- Vet ikke

29) Spørsmål nr. 29 Hvis dere har slik kompetanse, kan du utdype hvordan den benyttes?**30) Spørsmål nr. 30 Hvis fylkeskommunen ikke har slik kompetanse, er det vurdert å ansette, eller på annen måte skaffe medarbeidere med slik kompetanse?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

**31) Spørsmål nr. 31 Vurderer du at fylkeskommunens samarbeid med kompetansmiljøer per i dag er tilstrekkelig?**

- Ja
- Nei
- Vet ikke

28.6.2017

QuestBack

32) Spørsmål nr. 32 Hvis samarbeidet ikke vurderes som tilstrekkelig, kan du utdype med hvilke aktører og hva slags samarbeid dere kunne ønske mer av?



33) Spørsmål nr. 33 Har fylkeskommunen kompetanse om evaluering av folkehelseiltak?

- Ja
- Nei
- Vet ikke

34) Spørsmål nr. 34 Hvis fylkeskommunen ikke har slik kompetanse, kan du utdype hvordan dere arbeider med evaluering av tiltak?



35) Spørsmål nr. 35 Er det noe angående fylkeskommunens folkehelsearbeid vi ikke har spurt om, og som det er viktig at vi vet?

© Copyright www.questback.com. All Rights Reserved.