

Marit K. Helgesen
Hege Hofstad
Lars Christian Risan
Ingun Stang
Grete Eide Rønningen
Catherine Lorentzen

Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

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

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:6	Økt bruk av «Program mot ruspåvirket kjøring»?
NIBR-rapport 2014:2	Ildsjeler og lokalt utviklingsarbeid – Gløden, rollen og rammevilkårene
NIBR-rapport 2014:4	Råd, regler og representasjon – Eldre og mennesker med nedsatt funksjonsevne
NIBR-rapport 2014:1	Boligpreferanser i distriktene
NIBR-rapport 2013:6	Forklaringer på bostedsløshet
NIBR-rapport 2013:30	Compact City Policies in England, Denmark, the Netherlands and Norway

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,- og kan bestilles
fra NIBR:

Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no

Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Marit K. Helgesen
Hege Hofstad
Lars Christian Risan
Ingun Stang
Grete Eide Rønningen
Catherine Lorentzen

Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner

NIBR-rapport 2014:3

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

Forfattere: Marit K. Helgesen, Hege Hofstad, Lars Christian Risan, Ingun Stang, Grete Eide Rønningen og Catherine Lorentzen

NIBR-rapport: 2014:3

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-013-0

Prosjektnummer: 3175

Prosjektnavn: Folkehelse og forebygging

Oppdragsgiver: KS Kommunesektorens organisasjon

Prosjektleder: Marit K. Helgesen

Referat: Folkehelse og forebygging er brede samfunnsoppgaver som Folkehelseloven har lagt til kommuner og fylkeskommuner. Prosjektet presenterer og analyserer spørsmål om hvem som er målgrupper for dette arbeidet, hva som er strategiene for å nå målgruppene, om kommuner iverksetter kunnskapsbaserte tiltak og om de mener at de har effekt av tiltakene og selv kan styre hvilke tiltak de skal sette i verk.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Mai 2014

Antall sider: 175

Pris: kr 250,-

Utgiver: Norsk institutt for by- og regionforskning
Gaustadalléen 21,
0349 OSLO
Telefon: (+47) 22 95 88 00
Telefaks: (+47) 22 60 77 74
E-post: nibr@nibr.no

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>

Trykk: X-ide
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2014

Forord

Høsten 2013 fikk Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) og Høgskolen i Vestfold og Buskerud i oppdrag av KS Kommunesektorens organisasjon å gjennomføre en undersøkelse av kommunalt arbeid med folkehelse og forebygging.

Problemstillingen har vært å kartlegge og diskutere kommunale innfallsvinkel til målgrupper for folkehelsearbeid samt hvilke strategier kommunene tar i bruk for å nå definerte målgrupper.

Kontaktpersoner i KS har vært fagleder myndighetskontakt Helse og Velferd, Anne Gamme og FoU-ansvarlig Jon Anders Drøpping.

Alt arbeid knyttet til prosjektet og rapporten har vært delt mellom NIBR og Høgskolen i Buskerud og Vestfold. NIBR, ved Marit Kristine Helgesen har hatt prosjektlederansvar.

Oslo, mai 2014

Trine M. Myrvold

Forskningsjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt.....	4
Figuroversikt	5
Sammendrag.....	6
Summary	15
1 Innledning og bakgrunn	25
1.1 Innledning.....	25
1.2 Begreper	26
1.3 Bakgrunn	27
1.4 Metode.....	32
1.4.1 Dokument- og litteraturstudier.....	32
1.4.2 Fokusgrupper og telefonintervjuer.....	34
1.4.3 Reanalyse av ”Baselineundersøkelsen” og ”HelOmPlan”	35
2 Folkehelsearbeid i fylkeskommunene.....	38
2.1 Innledning.....	38
2.2 Folkehelsearbeid og målgrupper i fylkes- kommunene	38
2.2.1 Fylkeskommunenes arbeid overfor kommunene.....	41
2.2.2 Fylkeskommunalt arbeid mot frafall i videregående skole	44
2.3 Oppsummering	46
3 Målgrupper og tema for helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene	48
3.1 Innledning	48
3.2 Målgrupper i kommunene	49
3.3 Universelle tiltak for hele befolkningen.....	53
3.4 Tiltak for barn og unge	54
3.5 Sosial ulikhet	59
3.5.1 Selektive tiltak.....	65
3.5.2 Tiltak knyttet til frafall.....	67

3.5.3	Frisklivssentraler.....	74
3.6	Tiltak for eldre	78
4	Målgruppestrategier i kommuner	83
4.1	Delegert ansvar for folkehelse i kommunene	83
4.2	Tverrsektorielle arbeidsgrupper	86
4.3	Folkehelse temaer i planer	91
4.4	Oppsummering	95
5	Kommunal motivasjon for folkehelse tiltak	97
5.1	Innledning	97
5.2	Mer helse for pengene	97
5.3	Kommunal styring med tiltak.....	108
5.4	Oppsummering	111
6	Oppsummering og avslutning	114
6.1	Innledning	114
6.1.1	Kvalitativt design og generalisering	114
6.1.2	Målgrupper og strategier for å nå dem.....	115
6.1.3	Tema og tiltak	117
6.1.4	Kommunal motivasjon for arbeid med helsefremming og forebygging.....	119
6.2	Grenser for helsefremming og forebygging?	121
	Litteratur	125
Vedlegg 1	Litteratursøk.....	129
Vedlegg 2	Intervjuguider	171

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Folkehelse temaer i undersøkelsen til kommunene fra 2011.....	36
Tabell 2.1	Helsefremmende og forebyggende tiltak i fylkeskommunen.....	46
Tabell 3.1	Temaer kommunene mener er deres største folkehelseutfordringer. Prosent, hele tall i parentes (N=304), flere svar mulig.....	50
Tabell 3.2	Eksempler på tiltak for hele befolkningen	54
Tabell 3.3	Fysisk aktivitet- og kostholdstiltak i skoler og barnehager.....	57
Tabell 3.4	Universelle sosiale tiltak for barn og unge i og utenfor skole	58
Tabell 3.5	Universelle tiltak knyttet til helsestasjon.....	58
Tabell 3.6	Oppfatninger i kommuner om tjenester har som mål å redusere sosial ulikhet i helse N=269	60
Tabell 3.7	Selektive tiltak for barn og unge	66
Tabell 3.8	Selektive tiltak knyttet til helsestasjon og barnevern.....	67
Tabell 3.9	Helomplan-deltakernes kontakthypighet med NAV-lokalt, prosent hele tall i parentes, N=163.	69
Tabell 3.10	Universelle tiltak for eldre.....	79
Tabell 3.11	Selektive tiltak for voksne og eldre.....	80
Tabell 4.1	Tverrsektorielle arbeidsgrupper og kommunale enheters deltagelse. Prosent, hele tall i parentes (N=316).....	87
Tabell 4.2	Folkehelse temaer i kommunale planer. De seks hyppigst avkryssede temaer fordelt på plantyper*	92

Figuroversikt

Figur 1.1	Helseårsakskjeden	29
Figur 1.2	Helsens påvirkningsfaktorer.....	30
Figur 1.3	Det systematiske folkehelsearbeidet.....	31
Figur 3.1	Kommunale prioriteringer på folkehelse- og forebyggingsområdet (N=303)	51
Figur 4.1	Folkehelsekoordinators sektortilknytning N=247, 241	84

Sammendrag

Marit K. Helgesen, Hege Hofstad, Lars Christian Risan, Ingun Stang, Grete Eide Rønningen, Catherine Lorentzen og Ursula Småland Goth

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

NIBR-rapport 2014:3

Folkehelse og forebygging er et prosjekt gjennomført på oppdrag fra KS Kommunesektorens organisasjon. KS ønsket tilbud på en kunnskapsstatus for omfanget av folkehelse- og forebyggingstiltak i kommunesektoren samt effekter av tiltak, avgrenset til målgruppene barn, unge og eldre. Følgende problemstillinger ble utarbeidet for prosjektet:

- Hvilke målgrupper vil kommunene nå med sitt folkehelsearbeid?
- Hva er kommunenes strategier for å nå sine målgrupper?
 - Er tiltak på universelle eller selektive arenaer?
- Tema og tiltak i kommunenes arbeid med helsefremming og forebygging
 - Hvilke tiltak setter de i verk?
- Kommunal motivasjon for arbeid med helsefremming og forebygging
 - Får kommunene mer helse for pengene ved å iverksette helsefremmings- og folkehelseiltak?
 - Kjenner kommunene til, og iverksetter de, tiltak som har dokumentert kost-nytte-effekt?
 - Kjenner kommunene til, og iverksetter de, kunnskapsbaserte tiltak?
 - Kommunal styring med tiltak: Kjenner kommunene til, og iverksetter de, tiltak de selv har muligheten til å igangsette og å påvirke effekten av?

Bakgrunn

Kommunalt folkehelsearbeid reguleres av Folkehelseloven. Folkehelse er i rapporten definert som befolkningens helsetilstand og fordeling av helse i befolkningen. Folkehelsearbeid er 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 arbeider for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen.

Folkehelse kan også omtales som helsefremming og forebygging. Helsefremming omtaler prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsen. Helsefremming som begrep brukes også om politiske prosesser som omfatter endring av individuelle, sosiale, miljømessige og økonomiske forhold – helsens determinanter – og det å sette folk i stand til å ta kontroll over disse determinantene. Individuelle determinanter påvirker levevanene og søker å få enkeltpersoner til å redusere sitt alkoholkonsum, slutte å røyke, være mer aktive og spise sunnere. Økonomiske determinanter er levekår.

Forebygging deles inn i primærforebygging som skal styrke helsen og hindre at det oppstår sykdom, skade eller lyte. Sekundærforebygging skal stanse sykdomsutvikling og hindre tilbakefall. Tertiærforebygging skal hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsebegrepet.

Folkehelsearbeidet er styrket som en del av Samhandlingsreformen og det legges både et påvirkningsperspektiv og et sykdomsperspektiv på kommunenes arbeid for å bedre folkehelsen.

Metode

Prosjektet benytter tre metodiske grep. Det første er en dokument- og litteratur studie, det andre er en reanalyse av noen spørsmål, samt svarene på noen åpne spørsmål i en undersøkelse gjennomført for Helsedirektoratet i 2011-2012, det tredje er

fokusgruppeintervjuer i til sammen 12 kommuner og telefonintervjuer med folkehelserådgivere i fylkeskommunene.

Målgrupper for helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunene

Fylkeskommunene arbeider strukturelt med folkehelse i sin relasjon med aktuelle aktører på fylkesnivå, samt at de arbeider tverrsektorielt i egen organisasjon. De har plikt til å initiere folkehelsearbeid i sin relasjon med kommunene og nettverk er et viktig arbeidsredskap. I nettverkene arbeides det med kompetansebygging angående plan, befolkningens helsetilstand og påvirkningsfaktorer for helsen. En viktig del av de fylkeskommunale rådgivernes arbeid overfor kommunene er tilskuddsforvaltning. Det fylkeskommunale folkehelsearbeidet er prosjektbasert og det er ”helsefremmende skoler og barnehager” som i stor grad er fylkeskommunalt satsningsområde for tiden. Dette gjennomføres i tillegg til andre arbeidsområder og omfatter blant annet lokal utvikling. Fylkeskommuner har brukerrettede folkehelse tiltak i egne tjenester som er videregående skole og tannhelse. Vi har sett spesielt på videregående skole og alle har deltatt i Utdanningsdirektoratets prosjekt ”Ny Giv” og utviklet tiltak som skal bedre relasjonen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner, og det er utviklet tiltak for å motvirke frafall i videregående skole. Tiltak det er arbeidet med vises i tabell 2.1.

Kommunene tenker bredt angående målgrupper for helsefremmende og forebyggende tiltak. På den ene siden arbeider de befolkningsrettet og tilrettelegger for at brede grupper av befolkningen (alle) skal kunne delta på universelle arenaer for fysisk eller sosial aktivitet. På den andre siden tenker de at tiltak skal treffe hele grupper av befolkningen som barn, unge og eldre, dette er også befolkningsrettede tiltak selv om de foregår på spesifikke arenaer. Arenaene er universelle for alle som tilhører gruppen, alle kan dermed delta. Tiltakene det legges til rette for på universelle arenaer berører levevanene, så som fysisk aktivitet, ernæring, tiltak for å bedre psykisk helse og hindre rus. Kommunene arbeider også med selektive tiltak. Disse utvikles i hjelpetjenestene og ytes til personer som er henvist. Det viktigste selektive tiltaket ser ut til å være kommunale frisklivssentraler.

Tema og tiltak i kommuner

Da kommunene i 2011 ble spurt om hvordan de vurderte utfordringsbildet sitt ble levevanetemaene rus, ernæring, fysisk aktivitet og tobakk, samt psykisk helse og sosiale møteplasser vurdert som de seks viktigste temaene (tabell 3.1). Levekårstema som oppvekstmiljø, fattigdom og deltakelse på arbeidsmarkedet skårte langt lavere som del av utfordringsbildet, mens bolig- og boligsosiale forhold kom på 8. plass som utfordring.

Levevanetemaene kan kommunene i stor grad forholde seg til på universelle arenaer, mens de forholder seg til levekårstemaene på selektive arenaer. På universelle arenaer foregår tiltak som er for hele befolkningen, samt tiltak som er rettet mot spesifikke grupper av befolkningen. De selektive arenaene tilbys i hjelpetjenestene og personer som nyter godt av dem er henvist dit, ofte av en instans i helsesektoren. Eksempler på tiltak mange kommuner arbeidet med som retter seg mot hele befolkningen er oversikt over turløyper og utgivelse av kart over mulige turer. Anlegg for idrett og kulturaktiviteter er det vanlig at våre intervjukommuner har og at de arbeider med det (tabell 3.2). For barn og unge settes det i verk tiltak knyttet til de arenaene de beveger seg på, helsestasjon, barnehage, skole samt ulike arenaer for fritidsaktiviteter. Dette er også universelle tiltak fordi de retter seg mot hele grupper.

Helsestasjon er et lovpålagt tiltak, det er også helsestasjon for ungdom, alle kommuner må tilby slike tjenester. Fysisk aktivitet og ernæring legger våre kommuner til rette for at det kan arbeides med i barnehage og skoler. Det er tiltak som er kunnskapsbaserte, dvs. som vi vet virker. Helsefremmende skoler er også et kunnskapsbasert tiltak som mange arbeider med. Det har vært prosjekt fra utdanningsmyndighetene om "Bedre læringsmiljø" og det arbeides med dette på alle nivåer i skolesystemet. Tiltak som iverksettes på universelle arenaer er også av sosial karakter. Oversikt over typer tiltak vises i tabell 3.3 og 3.4.

Kommuner er opptatt av å redusere sosiale ulikhet i helse, og arbeider med dette innenfor de fleste tjenesteområdene. Helsestasjon og skolehelsetjeneste framstår som de to viktigste tiltakene i kommunene for å redusere sosiale ulikheter (tabell 3.6). En del tiltak for å redusere sosial ulikhet i helse er selektive, og kommuner arbeider med såkalte "fattigdomsmidler". Disse brukes i all hovedsak for å tilrettelegge for at barn og unge fra økonomisk

svakstilte familier kan delta i fritidsaktiviteter, først og fremst knyttet til fysisk aktivitet. Selektive tiltak utvikles ofte i hjelpetjenestene (tabeller 3.7 og 3.8).

Frafall i skolen er det arbeidet med i prosjektet ”Ny Giv” som er fylkeskommunenes ansvar. Det involverer også kommuner fordi overgangen mellom grunn- og videregående skole står sentralt.

”Ny Giv” ser ut til å være delt i to prosjekter:

”Oppfølgingsprosjektet” og ”Overgangsprosjektet”. Det siste skal bidra til systematisk samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner om tett oppfølging av svakt presterende elever. 231 kommuner deltar i dette prosjektet. Det første prosjektet skal bidra til å bedre relasjoner mellom fylkeskommunen og NAV om ungdom som over tid har vært ute av utdanning og arbeidsliv. Det er etablert en oppfølgingstjeneste for formålet, det er uklart om alle fylker deltar. Det er identifisert 137 tiltak som er etablert under paraplyen ”Oppfølgingsprosjektet”. Det deltok kommunale aktører i 54 av prosjektene, kommunene bidro med ressurser i 27 prosjekter. Det kan se ut til at det er samarbeid mellom kommuner og NAV om slike tiltak (tabell 3.8). Det er trolig en stor overføringsverdi fra tiltak mot frafall, som fylkeskommunene arbeider med innenfor skolesektoren, til prosjektene om helsefremmende skoler som folkehelserådgiverne i fylkeskommunene tar initiativet til i sitt samarbeid med kommunene. Mange arbeider for å redusere skulk av gymtimer. To av fokusgruppekommunene involverer seg i tiltak mot frafall via frivillighetsentralen.

Frisklivssentralene ble i sin tid etablert som et folkehelseiltak, men er i ettertid gjort til et arbeidsområde som reguleres av Lov om helse – og omsorgstjenester i kommunene. Helsedirektoratet har registrert at 160 kommuner enten har etablert sentral eller har tilgang til en sentral. Kommuner som inngår i undersøkelsen og som har etablert sentral, er fornøyde med den. Frisklivssentralen er et selektivt tiltak og yter tjenester til personer som står i fare for å bli innlagt i sykehus. Tiltakene frisklivssentralene tilbyr er evaluert og det er slått fast at de har virkning.

For eldre iverksettes det også tiltak på både universelle og selektive arenaer. Det er ikke klart hvor mange kommuner som tilbyr sosiale møteplasser i form av dagsenter for eldre, men på landsbasis er det 9 prosent av dem som får tjenester i hjemmet som også får tjenesten dagsenter. Det kan dermed være at kommuner ikke tilbyr

det, men det ser ut til at det er vanlig å samarbeide med frivillige organisasjoner om sosiale møteplasser for eldre. Fallforebygging i form av trening har god effekt og drives i hjemmetjenestenes daglige virksomhet. Det kan karakteriseres som et selektivt tiltak. Oversikt over typer universelle og selektive tiltak vi identifiserte for eldre presenteres i tabell 3.10 og 3.11.

Målgruppestrategier i kommunene

Folkehelsekoordinatoren er viktig for det kommunale folkehelsearbeidet. Det var 74 prosent av kommunene som hadde folkehelsekoordinator i mellom 10 og 100 prosent stilling i 2011 (figur 4.1). I de fleste kommunene er stillingene forankret i helsesektoren. Tilknytning vil være bestemmende for strategier som velges for å nå folkehelsemål, og når så mange stillinger er forankret i helsesektoren vil trolig også folkehelse tiltakene være forankret der. Dette vil favorisere levevanetemaene og er i tråd med at kommuner etablerer frisklivssentral. Samtidig er det en del kommuner som har plassert sin koordinator i stab hos rådmannen eller i andre avdelinger. Dette har positive konsekvenser for folkehelsearbeidet ved at det i større grad kommer på kommunens agenda.

Helse- i- alt- vi- gjør- tilnærmingen betyr at det bør etableres tverrsektorielle arbeidsgrupper. Det er 316 kommuner som sier at de har slike grupper som arbeider med folkehelse relaterte spørsmål. Tjenestene som deltar hyppigst er helsestasjon og skolehelsetjeneste, dernest er det kultur og idrett (tabell 4.1). Dette peker igjen mot en helsesektordominans i folkehelsearbeidet. Våre fokusgruppekommuner har ofte en tverrfaglig arbeidsgruppe som arbeider med folkehelse relaterte tema på systemnivå. Det ble også observert at de har tverrfaglige grupper som arbeider med å iverksette tiltak i tjenestene, for eksempel i form av meldingsmøte i barnevernet. To viser til at de iverksetter tverrsektorielt samarbeid som familiens hus eller tilsvarende. Da samlokaliseres tjenester som arbeider med familier og oppvekst. Det er mye samarbeid med frivillige i kommunene, spesielt om sosiale møteplasser, kultur og idrett.

Kommunene arbeider mye med folkehelse på strukturelt nivå, dvs. at de inkluderer folkehelse i sitt plansystem. Tabell 4.2 viser hvordan seks temaer er inkludert i plantyper. Levekår og sosialt og fysisk miljø er de temaene som tydeligst er på vei inn i

plansystemet. I fokusgruppekommunene diskuteres det hvilke plantyper, inkludering i økonomiplan eller egne kommunedelplaner, som best ivaretar folkehelse. Det diskuteres også om planlagte tiltak faktisk iverksettes, samt at det vises til at ”helse i alt vi gjør”-tilnærmingen er sentral.

Det er to hovedstrategier for å nå målgrupper. Den første er tilretteleggende. Konkret vil det si at det legges til rette for at befolkningen, og grupper av befolkningen, skal delta i tiltak på universelle arenaer. Strategien for å nå bestemte grupper og enkeltpersoner med forsterkede tiltak er å henvise til tiltak på selektive arenaer som er kommunale hjelpetjenester. Arbeidet med å inkludere folkehelse i plan er en overordnet strategi kommunene tar i bruk.

Kommunal motivasjon for folkehelse tiltak

Kommunene arbeider med folkehelse tiltak på systemnivå, folkehelse inkluderes i plan og tiltak utvikles og blir iverksatt på universelle arenaer, og på individnivå som forsterkede tiltak i hjelpetjenestene.

Mer helse for pengene

Kommunene oppfatter at det gir mer helse for pengene å iverksette folkehelse tiltak. Altså at det kan være effektivt for å bedre helsen, samtidig som det kan bidra til økonomiske innsparinger. Samtidig er de oppmerksomme på at begge typene gevinst, økonomiske og helsemessig, av å iverksette slike tiltak ligger fram i tid. Det finnes få studier som dokumenterer at kommuner vil ha økonomisk gevinst ved å iverksette folkehelse tiltak. Logikken i Samhandlingsreformen er at kommunene skal spare penger til medfinansiering av sykehusinnleggelse for sine innbyggere ved å bygge ut folkehelse tiltak og på denne måten få en friskere befolkning som ikke er i behov av å bli lagt inn på sykehus. Abelsen mfl (2012) har dokumentert kommunenes pengebruk og kommunene i vårt materiale var delt i sin holdning til å bruke av overføringene som er tilknyttet reformen. Det var bare to av dem som brukte av dem til folkehelse tiltak. Det finnes studier som peker på at tiltak rettet mot levevaner er effektive i den forstand at enkeltpersoner endrer sine vaner.

Fordi både økonomisk og helsemessig gevinster av å iverksette folkehelse tiltak ligger et stykke fram i tid vil kommunene ha

utgifter til både behandling og forebygging når de iverksetter folkehelseiltak.

At gevinster ligger fram i tid er den største utfordringen for kommunalt folkehelsearbeid og kan være et hinder for at de blir iverksatt. Samtidig løfter kommunene fram prosjektfinansieringen av folkehelseiltak som et problem. Prosjektfinansiering medfører at det blir lite kontinuitet i arbeidet. ”Korte penger” ble prosjektfinansieringen kalt. Prosjekter skaper ulikheter mellom kommuner fordi ikke alle har mulighet til å bruke ressurser på å søke inn midler. Det er videre pekt på som en utfordring å løfte prosjekter inn i ordinær kommunal drift. Frisklivssentraler ble i større grad enn andre tiltak løftet inn i ordinær drift.

Er folkehelsearbeidet kunnskapsbasert?

At tiltak er kunnskapsbasert vil si at tiltak en gang har vært evaluert og at evalueringen viser at de enten gir helsemessig eller økonomisk effekt. Av tiltakene som kommunene har satt i gang er få evaluert på en slik måte at man med sikkerhet kan si at de er kunnskapsbaserte. Det er i hovedsak tiltak som er rettet mot levevaner som er kunnskapsbasert. Selektive tiltak er sjeldnere enn andre kunnskapsbaserte. I kommunene mener de at den viktigste kilden til kunnskap om tiltak som virker er nettverkene kommunene deltar i med andre kommuner, med fylkeskommunen og med KS. For mange typer tiltak gjelder det at de ikke er evaluert, eller evalueringer som er gjennomført anses ikke som gode nok metodisk til at resultatene spres til kommunene. I kommunene vi har gjort intervjuer opplyses det at det går til mange ulike kilder for å finne informasjon om tiltak og deres effekter.

I kommunene som inngår i studien er det oversikt over utfordringsbildet for helsen. Kilder til å danne et bilde over utfordringene er ofte tilgjengelig statistikk som folkehelseprofiler, Kostra, hjemmesider hos departementer og direktorater, samt at de i tråd med Folkehelseloven gjør egne undersøkelser. Dette gir dem et grunnlag for å fastsette på hvilke områder de trenger å sette inn innsatser. Det gir dem ikke tilgang på kunnskap om konkrete grep, dvs. tiltak de kan iverksette. Mangelen på kunnskapsbaserte tiltak oppfattes som en utfordring i alle kommunene vi har gjort intervjuer. I tre kommuner påpekes det at de selv evaluerer tiltak,

to kommuner har forskningssamarbeid med høgskole eller universitet.

Kommunal styring med tiltak

I kommunene i vår intervjuundersøkelse er oppfatningen om kontroll med tiltak som skal settes i verk todelt. På den ene siden oppfattes det at det er mulig å ha slik kontroll, på den annen at det kan være vanskelig å styre det. På kommunalt nivå prioriteres tiltak basert i politiske preferanser og i utfordringsbildet kommunene har. Det er en utfordring å styre hvilke tiltak som iverksettes når de er et resultat av tematiske utlysninger fra enten stat, fylkeskommune eller organisasjoner. Slike utlysninger har medført at det er en utstrakt bruk av prosjektfinansiering sv folkehelseiltak i kommunene.

Grenser for helsefremming og forebygging?

Den tilretteleggende strategien kommuner tar i bruk for å anspore sine innbyggere til å være aktive og ta i bruk de universelle tiltakene for å bedre helsen har begrensninger. Den når ikke nødvendigvis de som har behov for tiltakene og tiltakene er ofte livsstils- og risikoorientert. Også de selektive tiltakene har begrensninger av både kunnskapsmessig og økonomisk karakter. De er blant de skjønnsbaserte tjenestene kommuner tilbyr og er dermed utsatte for eventuelle økonomiske begrensninger kommunene har. Folkehelsearbeidet i kommunene styres av prosjektfinansiering. Teamtiske utlysninger fra stat og fylkeskommune fremmer utvikling av tiltak disse aktørene ønsker å øke innsatsen på, de er ikke nødvendigvis motivert av kommunale behov.

Kommunene har mye kunnskap om sitt utfordringsbilde, men de har lite kunnskap om hvilke tiltak de kan ta i bruk for å løse sine utfordringer. Det er begrensninger knyttet til kunnskap og et viktig spørsmål er om kommunale myndigheter skal ha all den kunnskapen det er mulig å ha om sine kommuner og om det kan forventes at de skal sette i verk tiltak for å møte alle utfordringer som avdekkes.

Summary

Marit K. Helgesen, Hege Hofstad, Lars Christian Risan, Ingun Stang, Grete Eide Rønningen, Catherine Lorentzen and Ursula Småland Goth

Public health and prevention. Target groups and strategies in municipalities and counties

NIBR Report 2014:3

Public Health and Prevention is a project commissioned by the Norwegian Association of Local and Regional Authorities (KS). KS asked for a quote on current knowledge status concerning the breadth and scale of public health promoting schemes in the municipal sector, along with the impact of such schemes, limited to specific segments of the population: children, adolescents, and seniors. The following research questions were formulated for the project:

- Which population groups do local councils target in their public health work?
- What strategies have the authorities adopted to reach their target groups?
 - Are schemes directed at universal or selective settings?
- Themes and schemes in local authorities' efforts to promote public health and prevent ill health
 - What schemes have they initiated?
- Local councils' motivation to promote public health and prevent ill health
 - Is it cost effective to initiate health promotion and public health schemes?
 - Are local authorities aware of, and do they implement, schemes with a proven cost-benefit effect?
 - Are local authorities aware of, and do they implement, evidence-based schemes?

- Municipal control of schemes: Are local authorities aware of, and do they implement, schemes they themselves have an opportunity to initiate and whose impact they can influence?

Background

The public health work of local councils is regulated by the Public Health Act. Public health is defined in this report as the health status of the population and distribution of health in the population. Public health work is society's effort to influence the factors that directly or indirectly promote the population's health and well-being; prevent mental and physical disease, injury or illness, or acts to protect the population against health threats; and facilitate a more equitable distribution of factors that directly or indirectly affect health.

Public health can also be thought of as health promotion and disease prevention. Health promotion refers to the processes that enables people to better control and improve their health by developing personal skills necessary for making informed decisions that enhance their health. Health promotion as a concept can also refer to political processes that involve changing individual, social, environmental and economic factors – determinants of health – so as to help people control these determinants themselves. Individual determinants affect lifestyles and aim to get people to drink less alcohol, stop smoking, be more physically active and eat healthier food. Economic determinants are living conditions.

Disease prevention is divided into primary, secondary and tertiary prevention. Primary prevention involves schemes that enhance health and prevent the occurrence of disease, injury or disability. Secondary prevention involves schemes aimed at arresting disease progression and preventing relapse. Tertiary prevention aims at preventing deterioration and ensuring the best possible quality of life given the person's diminished state of health. Tertiary prevention is co-extensive with the concepts of habilitation and rehabilitation, and falls outside the scope of the concept of public health.

Public health work has been strengthened in connection with the Coordination Reform, and both a health determinant perspective

and a disease prevention perspective are applied to municipal efforts to improve public health.

Methodology

Three methodological approaches are used in this project. The first involved a study of relevant documents and literature; the second a re-analysis of certain questions as well as answers to certain open questions from a survey conducted on behalf of the Directorate of Health in 2011–2012; The third comprises focus group interviews in twelve municipalities and telephone interviews with public health consultants employed by the county councils.

Population groups targeted by local council efforts to promote health and prevent disease

County councils work structurally on public health in dealings with relevant stakeholders at the county level, while also working intersectorial within their own organization. They have a statutory duty to instigate public health work in their dealings with local authorities and networks constitute an important mechanism in this work. In the networks work is done to enhance skills regarding plans, population health status and determinants of health. An important aspect of the county consultants' work in relation to local authorities is to manage subsidies and transfers. The county council's public health work is project based, and one of the major priority areas at the moment is "health promoting schools and day care centers". This comes in addition to work in other areas, including, among other things, local development. The county councils implement user-targeted public health projects in their own services, i.e. upper secondary schools and dental health service. We looked specifically at upper secondary schools and all participants in the Education Directorate's project "New Deal" ("Ny Giv"), and developed schemes aimed at streamlining relations between central, county and local school authorities. Schemes have been designed to reduce the dropout rate in upper secondary schools. Examples on schemes worked on are presented in Table 2.1.

Local authorities think broadly regarding target groups for health promotion and disease prevention initiatives. On the one hand, they target the general public and take steps to enable the participation of the whole population in universal arenas for

physical or social activity. On the other hand, they think schemes should target whole groups of the population such as children and youth and seniors. These are also initiatives directed at whole groups as they take place in schools or kindergartens. These arenas are universal and open to all members of the group in question. The facilitated initiatives in these universal arenas belong to the lifestyle category, such as physical activity, nutrition, mental health and substance abuse. Local authorities also work on selective schemes. They are developed in the support services and offered to individuals who have been referred for example from a school. The most important selective scheme appears to be the municipal healthy living centre.

Themes and schemes in the municipalities

When in 2011 local councils were asked how they assessed public health challenges, six lifestyle-related challenges were mentioned as the most important themes: substance abuse, nutrition, physical activity and tobacco, as well as mental health and social arenas (Table 2.2). Topics relating to living conditions such as childhood environment, poverty and labour market participation received far lower scores, while challenges related to housing and social housing came out eighth overall.

With regard to lifestyle themes, local councils can generally deal with these in universal arenas, while they tackle living condition themes in selective arenas. Schemes targeting the entire population take place in the universal arenas, together with schemes targeting specific groups of the population. Selective arenas are the municipal support services (child care, mental health services), and people benefiting from them are referred there, often by a unit in the health sector, a school or a kindergarten. Examples of schemes many local councils elaborating directed at the whole population are lists of hiking trails and publication of hiking maps. Facilities for sports and cultural activities are as well important in our interview municipalities (Table 3.1). For children and adolescents, projects are initiated in the appropriate arenas, health clinics, kindergartens, schools and various arenas for leisure activities. These are also universal schemes in being designed for whole populations for example all teenagers.

Health clinics are a statutory undertaking, as are health clinics for young people. All local councils have to provide these services.

Physical activity and nutrition are themes local authorities help kindergartens and schools to work on. They are evidence-based schemes, that is, we know they work. Health promoting schools is also a evidence-based scheme many councils are working on. There has been a project from the education authorities called “Better Learning Environment”, and work is being done on this project at all levels of the primary and secondary education system. Schemes implemented in universal arenas are also of a social character. A list of the different schemes is given in tables 3.2 and 3.3.

Local councils are determined to reduce social inequalities in health and efforts are being made with this in mind in most service areas. Health clinics and the school health service stand out as the two most important initiatives in the municipalities to reduce social inequalities in health (Table 3.5). Some schemes aimed at reducing social inequality with regard to health are selective and councils make use of so-called “poverty funds”. These funds are used mainly to give children from economically disadvantaged families an opportunity to participate in recreational activities, primarily related to physical activity. Selective schemes are often developed in the support services (tables 3.6 and 3.7).

Dropout prevention in schools is the subject of the project “New Deal”, which the county councils are responsible for. The project also involves local authorities because the transition from primary to secondary school is such a crucial time for pupils. “New Deal” seems to be divided into two projects: “Follow-up Project” and “Transition Project”. The latter is intended to improve local and regional authorities’ ability to work systematically together to monitor low-performing children. Two hundred and thirty one local councils are involved in this project. The first project is designed to improve relations between the county councils and Norwegian Labour and Welfare Organization (NAV) to help young people who have not been in education, employment or training for a time. A monitoring service has been set up for the purpose, but it is unclear whether all county councils are making use of it. One hundred and thirty seven projects were set up under the “Follow-up Project” umbrella. Municipal stakeholders were involved in 54 of these projects and local councils channeled resources into 27 projects. It would appear that local councils are working together with NAV on these projects (Table 3.8). Lessons

learned from county council school dropout projects run in the school sector would almost certainly be transferable to projects like health promoting schools, which the county council public health consultants initiate in partnership with local authorities. Many are working to reduce truancy from physical education classes. Two of the focus group municipalities work with the volunteer centers on school dropout prevention projects.

Healthy living centers were originally established as a public health scheme, but were subsequently converted into a municipal project regulated by the Municipal Health Services Act. According to the Health Directorate, 160 local councils have either established a healthy living centre or have access to one. Municipalities included in this case study that have established healthy living centers are content with them. The healthy living centre is a selective scheme, providing services to people at risk of hospitalization. Projects managed by the healthy living centers have been evaluated and shown to have an effect.

Projects targeting seniors can be found in both universal and selective arenas. We do not know how many municipalities offer social arenas for the elderly in the form of day centers for seniors, but nationwide, 9 per cent of seniors receiving home care services have access to the day centre for senior service. It may therefore be the case that although the local council do not provide one, it is common by councils to work with volunteers to provide social arenas for the elderly. Fall prevention programs in the form of physical exercise are effective. Fall prevention care is provided otherwise as a service provided in the general home care services and can be classified as a selective scheme. A list of universal and selective schemes we identified targeting the elderly is presented in tables 3.9 and 3.10.

Municipal target group strategies

The public health coordinator is important in the efforts of local councils to promote public health. Seventy four per cent of local councils had a public health coordinator employed in posts varying from 10 to 100 % in 2011 (Figure 4.1). In most municipalities, these coordinators were located in the health sector. The sector will determine which strategies are adopted to achieve public health targets, and since so many posts are located in the health sector, that is where public health projects will likely be found.

This favours lifestyle themes and is in line with the healthy living centers established by local councils. At the same time, some municipalities have their coordinator as a member of the chief municipal officer's staff or in other departments. This has a positive effect on public health because the subject features more often on the council's agenda.

The approach known as Health in All Policies means that cross-sectoral working groups should be set up. 316 local councils report having such groups working on public health matters. The services most frequently involved are health clinics and the school health service, followed by culture and sports (Table 4.1). This again illustrates the dominance of the health sector in public health work. Our focus group municipalities often have an interdisciplinary working group working on public health issues at the system level. It was also observed that they have multidisciplinary teams working to implement schemes in the services, in the form, for instance, of child care conferences under the child welfare authorities. Two local councils reported implementing joint cross-sectoral projects such as the family house or something along similar lines. In this case, the services involved in work with families and children's welfare are located in the same place. Local authorities often work with NGOs, especially on projects involving social arenas, culture and sports.

Local councils put a great deal of effort into public health work at the structural level by incorporating public health in the planning system. Table 4.2 shows the ways in which the six themes are incorporated into the different planning types. The themes most likely to enter the planning system are living conditions and social and physical environment. There are discussions in the focus group municipalities about which of the planning types, including financial or sub-municipal plans are best at promoting public health. There are also discussions about whether planned schemes are actually implemented, and the Health in All Policies approach is said to be of key importance.

Beyond anchoring public health in plans, outreach strategies for specific target groups help establish projects in universal arenas. Individuals in need of reinforced services are referred to projects in the selective arenas.

Municipal motivation to implement public health projects

Local authorities work to develop public health programs at the system level and public health is included in mandatory plans. Schemes are developed and implemented in universal arenas, and at the level of the individual in the shape of reinforced schemes in the support services.

Cost effectiveness

Local councils find that setting up and running public health schemes are cost effective. At the same time, they realize that the economic benefits, but also the health-related benefits, of implementing these schemes will only materialize in the far-off future. Few studies have been conducted to establish whether local councils reap economic benefits by establishing public health promoting schemes. The rationale behind the Coordination Reform is to help local councils save money for co-financing hospital admissions for their residents by expanding public health schemes which in turn enhances the health of the community and reduces hospitalization pressure. Abelsen et al. (2012) have documented municipal spending and the local authorities in our dataset were divided in their opinions about using subsidies stemming from the reform. Only two local councils used some of the money to finance public health projects.

Inasmuch as both the economic and health benefits of public health schemes will not be realized until sometime in the future, local councils will need to spend on treatment as well as health promotion and disease prevention when they roll out public health schemes.

That benefits accrue in the future is the biggest challenge to municipal action on public health. At the same, local authorities point out, the project financing of public health schemes is a problem. Project financing diminishes continuity of effort. They called project financing “short money”. It is a form of financing that creates inter-municipal disparities because not all local councils can afford to spend money and time on funding applications. It is also a challenge to incorporate projects in ordinary council operations. Healthy living centers were more often than other schemes merged with ordinary operations.

Is municipal promotion of public health evidence based?

To say an intervention is evidence based is to say it has been evaluated and shown to have a positive impact on health or economy. Municipalities implement many schemes of different types, the ones evaluated to have an impact belong to the healthy living area, and there are not so many evaluations of the selective measures. Schemes established by local councils are therefore often not evidence based. The main source of information on schemes that actually work is the networks in which local councils, county councils and KS take part. In the case of many types of scheme, they are either not evaluated or if they are, the evaluations are considered too unsound methodologically to disseminate to local authorities. Interviewees in our case municipalities said they visit many different sources to find information on schemes and their impact.

Local councils know what challenges they have when it comes to public health. Sources from which to form an idea of the challenges are often available statistics such as public health profiles, KOSTRA (a database on central and local government activity), and websites of government ministries and agencies. Also, in accordance with the Public Health Act, they perform their own investigations. This gives them a basis for determining which areas they need to work on, but no access to information about specific approaches, that is, schemes they can implement themselves. The lack of evidence-based projects is considered a challenge by respondents in all the municipalities where we conducted interviews. It was pointed out in some municipalities, they evaluate the schemes themselves.

Municipal control of schemes

There is a perception in the municipalities in our study that while it is theoretically possible to control which schemes are implemented, it can be difficult to exert such control in practice. Schemes based on challenges can be both politically and administratively prioritized. At the same time, there is a perception that local authorities are unable to control which schemes are selected for implementation. This is connected to the thematic calls from the Health Directorate or county councils which involve extensive use of project financing.

Are there limits to the promotion of public health and prevention of ill health?

The facilitator strategy adopted by local councils to promote physical activity in the community and encourage the public to make use of universal health promoting schemes has its limitations. It does not necessarily reach the people who need schemes, and the schemes are often lifestyle and risk oriented. The selective schemes are limited, moreover, both in terms of expertise and funding. They are among the optional services provided by local councils, a circumstance increasing their vulnerability to possible financial constraints. Promoting public health in the municipalities is governed by project financing. Thematic calls from central and county authorities encourage the development of schemes these actors want to see prioritized, and they are not necessarily motivated by perceived local public health challenges. Local councils know a great deal about the challenges they face, but not much about the schemes they can implement to deal with them.

There are limitations connected to expertise and an important question is whether local authorities should know everything it is possible to know about their municipalities and whether they should be expected to take action to overcome every identified challenge.

1 Innledning og bakgrunn

1.1 Innledning

Norge har lenge ført en politikk som støtter opp om tiltak for å bedre helsen. Historisk har målsettingen også vært å skape et bedre samfunn for alle ved å øke velferden. Våre systemer for lønnsdannelse og inntektssikring har vært en garanti for at så mange som mulig fikk del i velferden (Raphael 2012, Grøholt mfl 2007). Fram til ca. 1970 handlet folkehelsepolitikken om å hindre spredning av smittsomme sykdommer ved å sikre tilgang til en sunn infrastruktur, gode boliger og helsestell. Dernest kom det et sterkt fokus på ikke-smittsomme sykdommer hvis årsaker kan tilbakeføres til livsstilen vi har. I dag er årsakene til helse eller uhelse mye mer sammensatt (Helgesen 2012). Vi vet for eksempel at det er sosiale forskjeller mellom grupper som er bestemmende for hvilke individuelle valg som tas mht. faktorer som påvirker vår helse (Meld St 34 2012-2013, St. meld. nr. 16, 2006-2007). Da er det viktig at arenaene som retter seg mot å bedre folks helse, det vil si arenaer for helsefremmende og forebyggende arbeid er universelle og preget av å ha en lav terskel. Samtidig bør de være tilpasset lokale behov for helsefremmende og forebyggende tiltak.

Den nye folkehelsemeldingen: «Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar», Melding til Stortinget 34 (2012-2013), framhever at folkehelsen skal få et løft, at alle aktører i samfunnet må bidra og at kommunene har en viktig rolle i å gjennomføre Samhandlingsreformens målsetting om å fremme helse og drive bedre forebyggende arbeid. Disse oppgavene har de fått først og fremst gjennom den nye folkehelseloven som gir dem et ansvar både for å drive forebyggende arbeid i helsetjenesten og for det folkehelsearbeidet som foregår på tvers av sektorer (ibid s. 10). Loven ga kommunene et særlig ansvar for å danne seg et oversiktsbilde over utfordringer og muligheter i folkehelsearbeidet, men de står fritt til

å velge hvilke mål som settes for arbeidet og hvilke tiltak de iverksetter for å nå målene. Ut fra dette er hovedproblemstillingene i prosjektet som følger:

- Hvilke målgrupper vil kommunene nå med sitt folkehelsearbeid?
- Hva er kommunenes strategier for å nå sine målgrupper?
 - Er tiltak på universelle eller selektive arenaer?
- Tema og tiltak i kommunenes arbeid med helsefremming og forebygging
 - Hvilke tiltak setter de i verk?
- Kommunal motivasjon for arbeid med helsefremming og forebygging
 - Får kommunene mer helse for pengene ved å iverksette helsefremming- og folkehelseiltak?
 - Kjenner de til, og iverksetter de, tiltak som har dokumentert kost-nytte-effekt?
 - Kjenner de til, og iverksetter de, kunnskapsbaserte tiltak?
 - Kommunal styring med tiltak: Kjenner de til, og iverksetter de, tiltak de selv har muligheten til å igangsette og å påvirke effekten av?

1.2 Begreper

Folkehelse er befolkningens helsetilstand og fordeling av helse i befolkningen. Folkehelsearbeid er 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 arbeider for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Helsedirektoratet 2010). Folkehelsearbeid kan også defineres som følger:

Samfunnets totale innsats for å opprettholde, bedre og fremme befolkningens helse gjennom å svekke faktorer som medfører helserisiko, og styrke faktorer som bidrar til bedre helse (Helsedirektoratet 2010:20).

Folkehelsearbeid omfatter både det vi kaller helsefremming og forebygging. Helsefremming omtaler prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsen (Helsedirektoratet 2013).

Helsefremming som begrep brukes også om politiske prosesser som omfatter endring av sosiale, miljømessige og økonomiske forhold – helsens determinanter – og det å sette folk i stand til å ta kontroll over disse determinantene (Helsedirektoratet 2010).

Forebygging foregår på ulike nivåer: Primærforebygging skal styrke helsen og hindre at det oppstår sykdom, skade eller lyte.

Sekundærforebygging skal stanse sykdomsutvikling og hindre tilbakefall. Tertiærforebygging skal hindre forverring og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Tertiærforebygging faller sammen med begrepene habilitering og rehabilitering, og faller utenfor folkehelsebegrepet (Helsedirektoratet 2013), mens de to andre er innenfor.

For å knytte forebygging spesielt til identifiserte risiko- og beskyttelsesfaktorer for barn og unge er begrepene universell, selektiv og indikativ forebygging benyttet (SBU 2010). Universell forebygging omfatter tiltak rettet mot alle, eller hele populasjonen av en gruppe, for eksempel alle skolebarn. Innsatsen konsentreres om å fremme en positiv utvikling som kan gi alle maksimal beskyttelse. Både det helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeidet kan inngå som en del av det universelle forebyggende arbeidet. Selektiv forebygging omfatter tiltak som rettes mot risiko- eller sårbare grupper i befolkningen. Et av hovedmålene med selektiv forebygging er å hindre negativ utvikling i grupper med antatt høy eksponering for en eller flere risikofaktorer. Indikativ forebygging er intervensjoner rettet mot personer som viser tegn til å utvikle en sykdom eller lidelse, men som ikke oppfyller de diagnostiske kriteriene for en lidelse (SBU 2010, Helsedirektoratet 2010, 2013).

1.3 Bakgrunn

Folkehelsearbeidet i kommunene styres først og fremst av Folkehelseloven fra 2011. Denne er en del av Samhandlingsreformen som er en retningsreform, noe som henspiller på at

helsetjenestene skal innrettes mot aktivitet, helsefremming og forebygging. Loven medfører ikke at kommunene tilføres økonomiske midler til folkehelseiltak, men St. meld. nr. 47, Samhandlingsreformen, viser til at folkehelse må ses i sammenheng med helse. Veksten i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene, disse skal brukes til en pliktig medfinansiering for sykehusinnleggelser og andre helsetjenester. Meldingen påpeker videre at "Innføring av økonomiske incentiver i form av kommunal medfinansiering og fullfinansiering av utskrivingsklare pasienter vil inspirere til å utvikle roller (for kommunene) og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene" (s. 55). Tanken bak dette er at medfinansieringen skal føre til at kommunene tilrettelegger og organiserer tjenestene på "beste effektive omsorgsnivå". Videre at plikten til medfinansiering vil gi prioriteringsvridninger fordi kommunene da ser kostnader til forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap i sammenheng (ibid:102).

Dette innebærer at kommunene må ha både et påvirkningsperspektiv og et sykdomsperspektiv på sin politikk for å bedre folkehelsen. Påvirkningsperspektivet er universelle tiltak som rettes mot individuelle, materielle og sosiale risikoer for sykdom, skade og lidelse i befolkningen. Folkehelse er et ansvar for hele kommunen og folkehelseiltak iverksettes i et tverrsektorielt samarbeid mellom ulike kommunale enheter og mellom aktører på ulike nivåer i offentlig virksomhet, f. eks. i samarbeid med fylkeskommunen, evt. i samarbeid med frivillig sektor. Aktørene som deltar i arbeidet har en "helse i alt vi gjør-tilnærming". Sykdomsperspektivet viser til innsats som rettes mot risikofaktorer knyttet til enkeltgrupper og -individer og forebygging gjennomføres som regel i den kommunale helsesektoren i samarbeid med aktører på helsefeltet på statlig nivå (Helgesen og Hofstad 2012). Dette er framstilt i helseårsakskjeden i figur 1.

Figur 1.1 Helseårsakskjeden



Kilde: St.meld. 20 2006-2007

Når fokuset flyttes bakover i helseårsakskjeden skjer det samtidig et skifte fra helsesektorens kurative virksomhet til andre samfunnsaktørers bidrag til helse og helsens fordeling i befolkningen. Både Abelsen m fl. (2012) og Hanssen og Helgesen (2012) viser at kommunene er blitt mer oppmerksomme på folkehelse etter iverksettingen av Samhandlingsreformen. Det er likevel slik at det ikke gis egne økonomiske insentiver til dette arbeidet og det kan se ut til at kommunene bruker mer midler til medfinansiering av sykehusopphold og etablering av alternativer, som døgnbehandling, enn de får i tilskudd fra staten. Det er velkjent at satsninger på folkehelse ikke medfører at det umiddelbart spares inn på budsjettet, og det kan se ut til at det enda ikke er noe grunnlag for at kommunene kan gjennomføre prioriteringsvridninger i retning folkehelse (Abelsen m fl 2012). I tilknytning til den danske reformen viser f. eks. Due mfl 2008 at kommunene har vært opptatt med å bygge opp parallellen til de norske frisklivssentralene, lokalmedisinske sentra, rehabiliterings-tilbud og håndtere pasientforløp, og at de faglige og økonomiske ressursene derfor retter seg mot personer som allerede er syke eller har høy risiko for å bli det. Den økonomiske motiveringen hver enkelt kommune har for å iverksette folkehelse tiltak er dermed uklart.

Faktorer som påvirker helsen kan altså påvirkes eller styres politisk. Figuren nedenfor, Dahlgrens og Whiteheads figur fra 1991 som her presenteres i en oppfrisket versjon fra 2011, peker på hvilke påvirkningsfaktorer som kan styres.

Figur 1.2 *Helsens påvirkningsfaktorer*

Helsedirektoratet 2013b

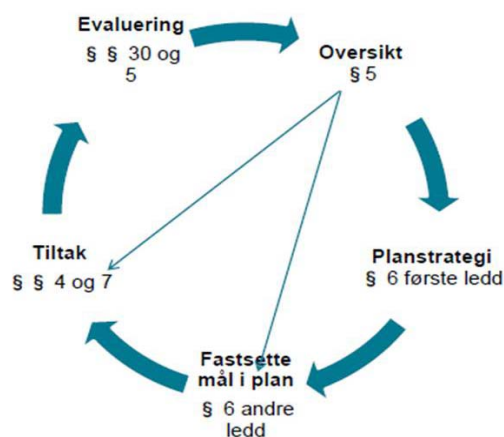
Figuren viser hvordan påvirkningsfaktorene for helsen ligger i lag utenpå hverandre. De individuelle levevanefaktorene ligger nærmest individet. Hvilke valg individet velger å gjøre i forhold til fysisk aktivitet, rus, tobakk og kosthold er individuelle og påvirkes av flere faktorer som kan styres politisk. Figuren viser til nettverkene vi inngår i, det inkluderer også de sosiale møteplassene vi deltar på. Den viser også til tilgang til tjenester, arbeid, bolig, utdanning, jordbruk og matproduksjon – til leve- og arbeidsvilkår generelt. I det norske desentraliserte systemet der kommunene både er iverksettingsaktør for statlig politikk og autonome, demokratiske organisasjoner (Baldersheim og Ståhlberg 2002), har kommunene mulighet til å føre politikk for å påvirke disse faktorene, eller helsedeterminantene. De generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelsene er også bestemmende for helsen, men disse anses å ligge utenfor kommunenes rekkevidde og ansvarsområde.

Kommuner kan styre kvaliteten i barnehager og skoler, i helsestasjoner og skolehelsetjeneste, samt tjenester til eldre og

syke. Dette gjøres ved for eksempel beslutninger om hvor mange stillinger helsestasjonen skal ha. Kommunene kan også planlegge bolig- og rekreasjonsområder som sykkelstier og turstier, som er gode kommunens innbyggere kan ta i bruk.

Samhandlingsreformen består av to lover: Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. Begge lovene ligger til grunn for helsefremmende og forebyggende arbeid slik det nå utvikler seg i kommunene. Helse- og omsorgstjenesteloven retter seg mot aktiviteter som foregår på helse- og omsorgssektoren, mens folkehelseloven har et bredere perspektiv ved å rette seg mot kommunen som helhet. En viktig intensjon med folkehelseloven er å bidra til en ytterligere institusjonalisering og systematisering av folkehelsearbeidet. Særlig er det såkalte ”systematiske folkehelsearbeidet” viktig i så henseende. 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. Dette kan illustreres som i figur 1.3.

Figur 1.3 *Det systematiske folkehelsearbeidet*



Sirkelen viser det fireårige kretsløpet som følger rulleringen av kommuneplanen i løpet av hver valgperiode, mens 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). Andre strategier er å iverksette tiltak, enten for hele befolkningen og hele grupper av befolkningen, eller for sårbare grupper og enkeltpersoner.

1.4 Metode

Prosjektet benytter tre metodiske grep. Det første er en dokument- og litteratur studie, det andre er en reanalyse av noen spørsmål, samt svarene på noen åpne spørsmål i en undersøkelse gjennomført for Helsedirektoratet i 2011-2012, det tredje er fokusgruppeintervjuer i til sammen 12 kommuner og telefonintervjuer med folkehelserådgivere i fylkeskommunene.

1.4.1 Dokument- og litteraturstudier

Dokument- og litteraturstudier av kunnskapsbaserte tiltak er gjennomført for å finne fram til hvilke tiltak som er evaluert. Litteratur er gjennomgått for å se om det er påvist dokumenterte effekter for tiltak mht. kostnader eller helse. Det er søkt etter litteratur i både nasjonale og internasjonale baser, blant de nasjonale er helsebiblioteket besøkt, og vi har gått gjennom Helsedirektoratets base av veiledere innenfor folkehelse. Søkeord som er benyttet er:

- kost-nytte
- effekt
- tiltak barn
- tiltak unge
- frafall
- tiltak eldre
- fall
- rehabilitering
- mestring

Resultatene fra studien er brukt i utvikling av intervjuguide for fokusgruppene som er gjennomført i kommunene og telefonintervjuene med folkehelserådgivere i fylkeskommunene. Videre har dokument- og litteraturstudien lagt grunnlaget for de analysene som er utført på det kvalitative og kvantitative materialet. Dokument- og litteraturstudien, som ligger ved som vedlegg, sier i mange tilfeller noe om effekter av tiltak.

Effekt er et utfordrende begrep og spesielt i forbindelse med folkehelse kan det være problematisk å slå fast hva som virker. Derfor er det laget et system for å bedømme evalueringsprosjekter som er gjort i tilknytningen til gjennomføring av folkehelse tiltak. Denne kalles GRADE. De evalueringene som skårer best metodisk er de som er gjennomført som et eksperiment med deltakere som er tilfeldig trukket ut og som har en kontrollgruppe (Kunskapsenteret 2012, Weiss 1998). Eksperiment innebærer at man kan isolere det elementet eller den faktoren som antas å ha virkning, for eksempel virkningen av frukt i skolen på elevers helse. Da dette ble evaluert var det noen som fikk frukt og andre fikk ikke, de som ikke fikk inngikk i kontrollgruppen. På denne måten ble det framskaffet mer eller mindre sikker kunnskap om at frukt i skolen har en positiv virkning for elevers helse. At frukt er det som virker positivt for helsen er ikke 100 prosent sikkert fordi det er faktorer i omgivelsene som kan spille inn og som ikke kan kontrolleres. For eksempel om det samtidig er satt i gang mer fysisk aktivitet. Dette er i stor grad en medisinsk tilnærming til evalueringer, men er brukt i en del litteratur som omtaler frukt og fysisk aktivitet i skolen. Dernest kommer kvasieksperimentet eller det naturlige eksperimentet. Der lages det en eksperimentsituasjon av det som skal evalueres, for eksempel ved at det gjennomføres en baselineundersøkelse som utvikling måles opp mot ved at det gjennomføres nye undersøkelser til de samme respondentene og med samme spørsmålsstilling (Stoker 2010).

Det er ingen av evalueringene som inngår i den vedlagte litteraturstudien som sier noe om økonomiske effekter av folkehelse tiltak. Kost-nytte analyser forutsetter for eksempel at det på forhånd er bestemt hva som er den økonomiske gevinsten for antall framtidige friske år eller år i arbeidslivet kontra år på sosialhjelp eller trygd. Det er funnet to danske studier som peker på at tidlig intervensjon i tilfeller der barn lever i familier med vold og rus kan lønne seg økonomisk (Oldrup og Vitus 2011, Hansen

mfl 2010). Det er for eksempel vist at fallforebygging er kostnadseffektivt. Da er det gjort kostnadsberegninger av behandling av hoftebrudd og det eksisterer dermed en konkret kronesum å gå ut fra når evaluering av forebygging gjennomføres. Helsedirektoratet viser til at kommuner bør gjøre slike analyser (Helsedirektoratet 2013) og det er laget veiledningsmaterieil. I foreliggende undersøkelse inngår effekter i intervjuene som er gjort. Kunnskapen vi får på denne måten gir ikke muligheter til å konkludere om tiltak kommunen har valgt er effektive eller ikke.

1.4.2 Fokusgrupper og telefonintervjuer

Intervjuer er viktige for å forstå kommunale utviklings- og beslutningsprosesser. Ved gjennomføring av fokusgrupper har vi kommet noe nærmere hvordan kommunene arbeider med folkehelse, hva som motiverer dem, hvilke målgrupper de arbeider for å nå og hvordan de faktisk når dem. Vi har også fått innsikt i hvordan kommunene arbeider med å utvikle sitt folkehelsearbeid.

Kunnskapen som hentes gjennom intervjuer kan ikke generaliseres på samme måte som resultatene fra en spørreundersøkelse. Designet for gjennomføringen av fokusgruppene har vært å gjøre intervjuer i to kommuner i et fylke i hvert helseforetaksområde. Fylkene er Nordland, Sør-Trøndelag, Hordaland, Vestfold og Hedmark samt Oslo. Fylkene har noe ulik historikk mht. arbeid med folkehelse og ved å knytte fylker og kommuner til helseforetaksområder nærmer vi oss en representativ utvalgslogikk. Kommunene er valgt strategisk fordi noen kommuner utmerker seg ved å ha mye erfaring med iverksetting av folkehelseiltak eller de har en frisklivssentral der det gjennomføres forebyggende tiltak.

Det er altså gjennomført fokusgrupper i 12 kommuner. Det er inkludert kommuner av ulik størrelse, men de minste kommunene er ikke representert. Fokusgruppeintervjuene er gjennomført med nøkkelpersonell. Avhengig av hva som er aktuelt i hver kommune, dvs. av hvilke tiltak de har satt i verk og hvordan den enkelte kommune er organisert, har vi intervjuet nøkkelpersonell som ansvarlige for skole, barnehage, hjemme- og institusjonstjenester for eldre og rehabiliteringsavdeling. Planavdeling og teknisk avdeling har ikke hatt representanter i fokusgruppene. Alle er ikke representert i alle grupper og det har vært gjennomført individuelle intervjuer med noen. Fokusgruppene har gitt oss nærmere innsikt i

spørsmålet om valg av målgrupper og de prosessene i kommunene som leder fram til de valgene av målgrupper som gjøres.

Det er også gjennomført intervjuer med folkehelserådgivere i fylkeskommunene. Der har vi fått tak i alle med unntak av to. Disse har bidratt til en breddeforståelse på de områdene som er definert som folkehelse i både fylker og kommuner

1.4.3 Reanalyse av ”Baselineundersøkelsen” og ”HelOmPlan”

Høsten 2011 gjennomførte NIBR en elektronisk spørreundersøkelse til alle fylkeskommuner og kommuner om status i deres folkehelsearbeid. Oppdragsgiver var Helsedirektoratet og resultatene er publisert i NIBR-rapport 2012:13 ”Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering”, også kalt ”Baseline” fordi den er gjennomført før Folkehelseloven av 24.06.2011 ble iverksatt. Undersøkelsen kan lastes ned fra www.nibr.no. Undersøkelsen ble sendt til kommunenes postmottak som ble bedt om å videresende den til rådmann evt. administrasjonssjef. Rådmann eller administrasjonssjef videresendte undersøkelsen til vedkommende de regnet med ville kunne svare på den. Det var 249 kommuner som svarte på hele undersøkelsen, det er en svarprosent på 58, og det var 374 kommuner som varte på deler av den. Det ga en svarprosent på 87 på deler av undersøkelsen.

Undersøkelsen brukte begrepet folkehelse og kartla kommunenes folkehelsearbeid slik disse begrepene er definert av Helsedirektoratet og presentert over. Baselineundersøkelsen hadde derfor en målsetting om å kartlegge kommunenes arbeid med å forankre folkehelsearbeidet i en ”Helse i alt vi gjør-tilnærming”. Det vil si hvordan alle kommunenes utførende enheter arbeider med folkehelse. Det var et spesielt fokus på inkludering av folkehelse i kommunenes plansystemer, sosial ulikhet i helse, og hvorvidt kommunene hadde etablert folkehelsekoordinatorstillinger.

En reanalyse av noen av spørsmålene vi stilte i Baseline gir oss noen indikatorer på utbredelsen av folkehelse tiltak i kommunene, hvordan kommunene tenker og arbeider mht målgrupper for konkrete tiltak, hvordan de arbeider for å nå målgruppene, deres arbeid for å redusere sosial ulikhet i helse.

I undersøkelsen som ble sendt til kommuner i 2011 ble kommunene i forskjellige spørsmål bedt om å ta stilling til hvordan de vurderte 24 ulike tema som kan grupperes levevaner, levekår, sosialt og fysisk miljø. Disse vises i tabell 1.1.

Tabell 1.1 *Folkehelse temaer i undersøkelsen til kommunene fra 2011*

Temakategori	Folkehelse tema
Levevaner	Fysisk aktivitet Ernæring Tobakk Rus (alkohol og narkotika)
Levekår	Barnehage Skole og utdanning Bolig- og boligsosial forhold Deltakelse på arbeidsmarkedet Økonomiske forhold inkludert fattigdom Psykisk helse Helse- og omsorgstjenesten Smittevern Oppvekstmiljø Barnevern
Sosialt miljø	Medvirkning fra frivillige grupper i lokalsamfunnet Demografi Trygghets- og kriminalitetsforebygging Sosiale møteplasser/sosialt nettverk Kulturaktiviteter
Fysisk miljø	Støy, luft, vann og stråling Areal- og transportplanlegging/samferdsel Grønt- og friluftsområder Universell utforming Skader og ulykker

Kilde: Helgesen og Hofstad 2012: 37

Helse og omsorg i plan (Helomplan), er et ettårig etter- og videreutdanningstilbud på masternivå for ansatte i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn som arbeider med helse, folkehelse, omsorg og planlegging. Målet er å styrke kommunenes planleggingskompetanse knyttet til implementering av samhandlingsreformen. Helomplan er initiert av Helse- og omsorgsdepartementet, mens KS er prosjektleder og driver av

undervisningstilbudet. NIBR evaluerer dette etter- og videre-
utdanningstilbudet for KS og har gjennomført to spørreunder-
søkelser til deltakende studenter. Den ene tar opp spørsmål om
tverrsektorielt arbeid i kommunene og reanalyseres for vårt formål
mht samarbeid med NAV.

2 Folkehelsearbeid i fylkeskommunene

2.1 Innledning

Fylkeskommunene har et ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid og de strategiene fylkeskommunen legger for sitt arbeid vil kunne påvirke hvordan kommunene ser på sitt arbeid. For å få et overblikk over kommunalt folkehelsearbeid har vi snakket med folkehelserådgivere i fylkeskommunene. I intervjuene har vi vært opptatt av hvordan fylkeskommunalt folkehelsearbeid ordnes administrativt og operativt. Vi har gjennomført intervjuer med 17 folkehelserådgivere på fylkesnivå.

2.2 Folkehelsearbeid og målgrupper i fylkeskommunene

Målgruppestrategiene kommunen har kan påvirkes av de samarbeidskonstellasjonene de inngår i. Fokusgruppeintervjuene i kommunene viser at de viktigste samarbeidspartnerne kommunene har på folkehelsefeltet er andre kommuner og fylkeskommunen. Det fylkeskommunale arbeidet med folkehelse varierer i stor grad. Noen prioriterer det høyt og det er knyttet mange stillinger til det som kalles folkehelsearbeid, og det er i noen tilfeller etablert egne avdelinger. Andre har etablert stillinger i kulturavdelinger og planavdelinger. Folkehelsearbeidet i fylkeskommunen er både strategisk og konkret. Fra intervjuene vi har gjort med folkehelserådgivere i fylkeskommunene ser vi at det i all hovedsak dreier seg om strategier på fem områder: Inkludering av folkehelse i fylkeskommunenes planarbeid, tverrsektorielt arbeid, horisontalt nettverksarbeid på fylkesnivå, arbeid mot fylkespolitikere og den

siste som vi skal gå mest inn på er fylkeskommunenes arbeid mot kommuner.

Inkludering av helse og folkehelse i fylkeskommunens planarbeid

Folkehelse inkluderes i planstrategiene og det lages regionale planer for folkehelse. Det kan se ut til at dette er kommet langt i mange fylkeskommuner der handlingsprogrammene begynner å bli konkretisert:

Første punkt er jo integrering i planprogram eller annet planarbeid. Der holder vi på med en strategi for folkehelsearbeid. Det er en prosess, det er ikke en regional plan, det er en strategi, men vi har bred medvirkning i den og kjører nesten som en regional plan (intervju rådgiver 17.01.14)

[Folkehelse] er godt forankret og har vært lenge i plansystemet i fylkeskommunen og vi har egen handlingsplan for folkehelsearbeidet (intervju rådgiver 14.11.13)

Alle rådgiverne vi intervjuet kunne peke på at inkludering av helse i plan var godt i gang i fylkene.

Tverrsektorielle arbeidsgrupper

”Helse i alt vi gjør” er en målsetting i lovverket og tverrsektorielle arbeidsgrupper er redskapet for å få dette til også på fylkeskommunalt nivå:

Det er folkehelseutfordringen i dag. Å få lov til at folkehelse skal bli en del av det ordinære arbeidet (intervju rådgiver 07.11.13)

Derfor etableres det grupper også på andre områder og flertallet av fylkene har et tydelig ”Helse i alt vi gjør”-perspektiv i sitt arbeid. De ser folkehelse som lokalsamfunnsutvikling og tverrsektoriell implementering av folkehelsepolitikk- og tiltak. Eksempler er at regionalavdelingen arbeider sammen med avdelinger for næring, plan, samt klima og ressurs for å skape attraktive lokalmiljøer i fylkets kommuner. Det kan involvere tilrettelegging for gründervirksomhet og etablering og fornying av gang- og

sykkelveier i kommuner. Dette involverer også arbeid ut mot kommunene det angår.

Fylkeskommunenes folkehelserådgivere arbeider mye tverrsektorielt, men et fåtall av dem vi intervjuet påpekte at å få innpass i andre sektorer kunne være vanskelig. Dette kan skyldes at folkehelse i noen fylker ikke forstås som en overordnet strategisk aktivitet, men som avgrenset og knyttet til fysisk aktivitet. De avdelingene som ikke har folkehelserådgiveren plassert hos seg oppfattes dermed dit hen at de ikke vil slippe folkehelse inn:

Folk har så eierskap til fagfeltet at de ikke vil dele det med andre. ... Vi må komme med folkehelseklubba (intervju rådgiver 23.11.13)

Det er noe med folkehelsearbeidet. Du går rundt og trækker folk på tærne hele tiden. Fra at jeg nesten måtte sette tunga i dørsprekken for å få være med, til at vi nå er invitert inn aktivt, med noen unntak (intervju rådgiver 07.11.13)

Unntakene viste seg å være skoleavdelingen og planavdelingen. Og en rådgiver uttrykker seg slik:

Vi har brukt litt tid på å komme innenfor hos videregående opplæring. I starten var det ikke lett. Nå synes vi at vi har kommet inn (intervju rådgiver 09.01.14)

Det ble videre påpekt at opplevelsen av skott mellom avdelinger kunne være personavhengig og avhengig av ledelsen i avdelingene det gjelder.

Horisontale nettverk på fylkesnivå

Rådgivere i fylkeskommunene arbeidet med nettverk eller andre samarbeidskonstellasjoner som er horisontale på regionnivå. Det varierer hvem som evt. er med i slike nettverk, men fylkesmann nevnes av flertallet, det samme gjør frivillige organisasjoner og idrettsråd. To peker på at det samarbeides med sykehus og arbeids- og næringslivsorganisasjoner. Fire nevner eksplisitt at de samarbeider med KS.

Slike nettverk kan etableres for å arbeide med planer eller for å etablere den lovpålagte oversikten over helsetilstand og positive og

negative påvirkningsfaktorer for helsen som fylkeskommunen skal utarbeide. De arbeider også med å tolke statistikk og diskutere hva slik kunnskap kan bety for praktiske folkehelseiltak som kan iverksettes i regionen. Noen fylkeskommuner gjør for eksempel egne undersøkelser av levekår og helsetilstand, andre henter inn informasjon fra aktører lokalisert i fylkeskommunen. I et fylke er det etablert en "Folkehelseallianse" som har laget en handlingsplan der arbeid både med helsefremmende barnehager, skoler, arbeidsplasser og bo- og nærmiljø er lagt inn. De fleste fylkeskommuner har et eksternt nettverk, ofte nevnes det at de har et folkehelseforum. Helsefremming nevnes også ofte som tema dette nettverket arbeider spesielt med og som prosjekter fylkeskommunene har. 9 fylkeskommuner er tydelige på at de samarbeider med NAV. Det kan likevel være flere som har etablert slikt samarbeid mellom fylkeskommunens utdanningsansvarlige og NAV.

Arbeid mot politisk nivå i fylkeskommunen

Det ser ut til å variere i hvilken grad politikerne involverer seg i folkehelsearbeidet. Noen er aktivt involvert i folkehelse og ber om informasjon om dette arbeidet, det kan dreie seg både om oversikten over innbyggernes helsetilstand og de fylkeskommunale satsningsområdene på feltet. Andre fylkespolitikere har mindre fokus på folkehelse. Det ble påpekt at politikere kunne være, ikke nødvendigvis uinteressert, men heller ikke spesielt interessert. Som sitatet under viser:

Jeg synes vi mangler politikere som kjører folkehelse som sin fanesak (intervju rådgiver 17.01.14)

Politikerne i disse fylkeskommunene bidrar med andre ord ikke til å løfte folkehelse opp på den politiske agendaen, og dermed gis det heller ikke et ekstra skyv i forhold til å prioritere det.

2.2.1 Fylkeskommunenes arbeid overfor kommunene

I alle fylkeskommunene er kontakt med kommunene et viktig område for deres folkehelsearbeid, noe sitatene nedenfor illustrerer:

Vi har tett samarbeid med kommunene og det har vi brukt mye tid og krefter på (intervju rådgiver 09.01.14)

Altså, det er dette med partnerskap og allianser, altså på det overordnede planet, så er det jo det som har vært den store jobben. Å få det her forankret også ute i kommunene (intervju rådgiver 14.11.13)

Etter iverksettingen av Folkehelseloven har dette vertikale samarbeidet endret seg og det er blitt større variasjon enn det var tidligere (Se Helgesen og Hofstad 2012). Fem fylkeskommuner er eksplisitte på at de har fortsatt arbeidet for å etablere partnerskap med alle kommunene i fylket. De har partnerskap med alle eller nesten alle. I fem andre fylkeskommuner vi gjorde intervjuer har de endret sin politikk overfor kommunene. Der mener de at fordi det er et poeng nettopp å nå alle kommunene, bør partnerskaps-tanken gis opp og samarbeidet bør ta en annen form. Felles er at det fortsatt arbeides med stimuleringsmidler. Fylker som arbeider med partnerskap yter da tilskudd til kommunenes folkehelsearbeid ut fra en fordelingsnøkkel, og deler av midlene kommunene får skal noen ganger benyttes til delfinansiering av en stilling for folkehelsekoordinator. Andre fylkeskommuner arbeider med tematiske utlysninger som kommunene kan søke på.

Kompetansebygging- og overføring til kommuner oppfattes som et viktig arbeidsområde, det gjør det også å sørge for erfaringsdeling mellom kommuner og inspirere kommunene til å sette i gang med folkehelsearbeid. Dette arbeidet organiseres som fylkeskommunalt initierte nettverk der kommuner kan delta. De fleste rådgivere oppgir at de inviterer representanter for flere kommunale avdelinger til slike nettverk og at temaene som tas opp tilpasses til uttrykte kommunale behov for kunnskap og informasjon. I en fylkeskommune arbeider de med det de kaller en "folkehelsestafett" der nettverkene flytter rundt i fylket. Når en kommune er vert for nettverket kan den også definere mye innhold i møtene (intervju 15.01.14). Rådgiverne ser ut til å ta en rolle der de definerer sin oppgave som å formidle kontakt mellom instanser som har kunnskap om folkehelse relaterte tema, som Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Regionale kompetansesentra for rus (KORUS) og kommunene. Representanter for disse og andre institusjoner inviteres til å holde innledninger og dele av sin kunnskap med kommunene. En slik rolledefinisjon betyr også at rådgiverne er tilgjengelige for å gi informasjon også på andre måter – telefon og e-post er viktige redskaper for å holde kontakt

med kommunene og gi dem informasjon, oftest om hvor de kan finne informasjon.

I nettverk arbeides det konkret med kompetanseheving angående planlegging og spørsmålet om å inkludere helse i plan.

Og så, etter at jeg kom til plan og miljø, så er det klart at koblingen mot helseplan og innspill til kommuneplanene har vært sentralt (intervju rådgiver 15.01.14)

Det arbeides også med statistikk – spesielt med spørsmålet om hvor den nyttige statistikken kan finnes, og lesing av statistikk – hva betyr dette for oss. Et spørsmål som da stilles er hva det trengs kunnskap om, og hva kommunene må gjøre i tillegg til å forstå folkehelseprofilene, for å oppfylle kravet om å ha oversikt over helsetilstanden til befolkningen, samt positive og negative faktorer som påvirker helsen. En rådgiver uttalte:

Det spørs hvilke krav man stiller: Hvor mye mer enn folkehelseprofilene skal du ha? Dette handler om å se ting i sammenheng (intervju 3 17.01.14)

Arbeidet med helsetilstand og påvirkningsfaktorer oppfattes som å inngå i fylkeskommunens rolle som understøtter av kommunalt folkehelsearbeid og 8 rådgivere nevner eksplisitt at dette er en svært viktig del av deres arbeidsoppgaver. Et fåtall av fylkeskommunene har ansatt egne rådgivere med spesifikk kompetanse på statistikk for bedre å kunne støtte kommunene i dette arbeidet.

I tillegg til kunnskapsformidling arbeider folkehelserådgiveren ofte med tilskuddsforvaltning overfor kommunene. Slike tilskudd formidles fra fylkeskommunen, men kommer ofte fra Helsedirektoratet, miljøsektoren, Norsk Tipping (spillemidler) og også egne tilskuddsmidler. Tilskuddene går til kommuner, samt frivillige lag og organisasjoner. I fem fylkeskommuner organiseres dette som en egen tilskuddspott som kommunene kan søke midler fra. En slik organisering kan ha to formål: for det første mener rådgivere i fylkeskommunen at utfordringsbildet i kommunene er ulikt og at fylkeskommunene bør tilpasse seg det i sine initiativer overfor kommunene. For det andre mener rådgivere at støtten bør rette seg mot aktiviteter i kommunene – når folkehelse nå er blitt en plikt også for kommunene, bør de finansiere stillinger som folkehelsekoordinator selv. Ved å flytte alle økonomiske tilskudd

til aktiviteter og prosjekter fylkeskommunen lyser ut, kan de også få innflytelse på bruken av midlene og derigjennom på hvilke tiltak som settes i verk i kommunene. En positiv konsekvens er at denne arbeidsformen synliggjør overfor egne politikere hva tilskuddene brukes til og hva de skaper av aktivitet. En fylkeskommune som arbeidet på denne måten så også negative konsekvenser:

En potensiell fare er at vi spiller kommunene ut mot hverandre (28.01.14)

Blant annet for å unngå å komme i den situasjonen sitatet peker på, men også for å sikre kontinuitet i folkehelseiltak, har fylkeskommunen det her er snakk om begynt å arbeide for at det skal initieres færre og større prosjekter som kommuner samarbeider om.

Av konkrete tiltak som fylkeskommunene arbeider med overfor kommuner er universell utforming, lokal utvikling på ulike måter, attraktive lokalsamfunn, helsefremmende skoler, barnehager, arbeidsplasser, bo- og nærmiljø, ernæring og mye fysisk aktivitet (turløyper, turkart, gang- og sykkelveier, tiltak hos idretts- og friluftsansisasjoner for hele den kommunale befolkningen, men også for spesielle grupper som dem med innvandrerbakgrunn, psykisk syke, mennesker med funksjonsnedsettelse). Ut over det arbeider fylkeskommunen med folkehelse og forebygging i egen organisasjon, spesielt videregående skole.

2.2.2 Fylkeskommunalt arbeid mot frafall i videregående skole

Det ble vist til over at utdanningsavdelingen var en av de avdelingene det kunne være problematisk for folkehelserådgiveren å få innpass i. Videregående opplæring er likevel en viktig arena for fylkeskommunen og det utvikles tiltak på operativt nivå både direkte overfor elevene og indirekte via arenaer skolene tilbyr som kroppsøving (fysisk aktivitet), skolehelsetjenesten (inkluderer det sosiale aspektet) og kantinen (ernæring og spesielt mindre sukker). Det sosiale aspektet som skolehelsetjenesten, som skolene får tilgang til i et samarbeid med kommunene som ansetter helsesøstre, tar seg av, omfatter kurs eller samlinger for å lage middag sammen for hybelboere, samt andre sosiale aktiviteter for denne gruppen unge. De andre tiltakene som nevnes kan plasseres

i rubrikken levevaner som enkelt kan knyttes til folkehelse. Trolig er det ikke vanskelig for rådgiveren å komme i posisjon i utdanningsavdelingen med tiltak av denne typen.

Tiltak for å motvirke frafall i videregående skole kan plasseres under en annen rubrikk og klassifiseres som levekårstiltak og som et tiltak som eksplisitt reduserer sosial ulikhet i helse. For å komme i inngrep med en bekymring over at bare 70 % av dem som begynner på videregående skole også fullfører, ble det i 2010 etablert et treårig tiltak på sentralt nivå ”Ny Giv” (Gjennomføring i Videregående opplæring). Alle fylkeskommunene deltok i dette prosjektet som etablerte samarbeid mellom statlige myndigheter, fylkeskommunene og politiske ansvarlige på fylkesnivå. I tillegg til prosjektet ble det vektlagt at kommunale og fylkeskommunale skoleeiere skulle samarbeide tettere for å sikre overgang mellom ungdomsskolen og videregående (Helgøy og Homme 2012, Fering og Helgesen 2008). I vårt intervju materiale ser det ut til at alle fylkeskommuner har etablert en eller flere stillinger for å styrke dette arbeidet også etter at prosjektperioden er over. Ny Giv og organiseringen av samarbeidet med kommuner har hatt ”spillover”- effekter til kommunene som setter inn ekstra ressurser for å hindre fravær i barne- og ungdomsskole. Dette kommer vi tilbake til i kapitel tre. NAV samarbeider med fylkeskommunene om problemstillingen med frafall i videregående skole (Sletten 2013), men dette ser i liten grad ut til å være kjent for folkehelse­rådgiveren. Kommuner samarbeider med videregående skoler om å skaffe lærling- og praksisplasser, spesielt innenfor helse- og omsorgs­sektoren. Dette samarbeidet anses som positivt fra kommunenes side (Tjerbo m.fl. 2012). Tabell 2.1 viser eksempler på helsefremmende og forebyggende tiltak i fylkeskommunen.

Tabell 2.1 *Helsefremmende og forebyggende tiltak i fylkeskommunen*

Generelle tiltak	Tiltak i skolen
Folkehelserådgiver (pedagog) med spesialfelt skole	Samarbeid rektorer – avdelingsledere (fylkesnivå) for å fremme skolemiljø, læringsmiljø og klasseledelse
Nettverk - systematisk erfaringsdeling og veiledning	Samhandling lærere/andre medspillere - klasser, enkeltelever/lærlinger/lærebedrifter
Selvmords- og rusforebyggende prosjekt LOS	Struktur- og relasjonsbygging mellom elever og lærere VIP - fremme trivsel og psykisk helse
Ungdomsmottak /læringscenter	Kontrakter om gjensidig forpliktelse
En god oppvekst	Ny Giv
Ernæringsfysiolog – fokus barnehage og skole	Sommer med Ny Giv
	Helsefremmende barnehage og skole
	Seniormentorgruppe

2.3 Oppsummering

Det strategiske arbeidet fylkeskommunene driver på folkehelsefeltet kan peke mot at det tenkes befolkningsrettet – det er livssituasjonen til hele befolkningen i fylkeskommunen som skal forbedres, for eksempel gjennom tilgang til kunnskap om helsetilstand, til sykkelveier eller hjelp til å starte gründervirksomhet og gjøre sine lokalsamfunn attraktive. Samtidig skal vi se under at fylkeskommunene også arbeider målrettet mot avgrensede grupper av befolkningen, spesielt unge.

Siden baselineundersøkelsen ble gjennomført i 2011 er det endringer i den måten en del fylkeskommuner arbeider opp mot kommunene. Mens mange har beholdt partnerskapet som arbeidsform med tilhørende finansiering, er det også mange som forlater denne arbeidsformen og tar i bruk tematiske utlysninger.

Når fylkeskommunene arbeider med tematiske utlysninger som kommuner kan søke midler fra, kan de komme i den posisjonen at de får innflytelse over hvilke tiltak kommunene setter i verk. Innretningen på kommunenes folkehelsearbeid påvirkes og dermed påvirkes også målgruppene og strategiene kommunene tar i bruk for å nå målgruppene.

3 Målgrupper og tema for helsefremmende og forebyggende arbeid i kommunene

3.1 Innledning

I dette kapitlet skal vi først presentere og diskutere hvilke målgrupper kommunene mener de har for sitt arbeid med folkehelse. Deretter reanalyseres et spørsmål fra Baselineundersøkelsen om hvilke utfordringer kommunene oppfatter at de har i sitt folkehelsearbeid og hvordan de prioriterer for å løse sine utfordringer. Dette kan gi indikasjoner på hvordan kommunene tenker omkring hvem som er deres målgrupper. Også for å analysere kommunale målgrupper tar vi i bruk intervjuene med rådgiverne i fylkeskommunene, men vi ser mest til fokusgruppeintervjuene som er gjennomført i 12 kommuner.

Dernest skal vi gå inn på hvordan kommunene arbeider for å nå definerte målgrupper, samt hvilke tema kommunene er opptatt av i sitt arbeid med folkehelse og forebygging, og hvilke tiltak de setter i verk. Vi spør også om kommunene arbeider spesifikt for å redusere sosial ulikhet i helse. Vi skal se spesielt på om de arbeider for å redusere frafall fra skole. Tema og tiltak er bredden i det kommunale arbeidet med folkehelse og forebygging og for å analysere det skal vi reanalysere et åpent spørsmål fra underlagsmaterialet til Helgesen og Hofstad (2012) om hvilke folkehelseiltak kommunene har iverksatt. Som vi skal se er det en mangfoldig flora av tiltak i kommunene.

3.2 Målgrupper i kommunene

Det er mange ulike tiltak kommuner kan iverksette som faller inn under overskriften folkehelse. Tiltakene kan være av ulik karakter og de kan være rettet mot ulike grupper i befolkningen. Grupper kan være barn og unge, voksne, samt eldre. Det kan være alle røykere eller alle som tenker at de trenger å vite mer om hva som er et sunt kosthold, eller som ønsker å bli mer fysisk aktive, evt. som ønsker dette for andre i sin familie. Tiltak som målrettes mot slike brede grupper antas å være universelle i karakter, dvs. at alle kan delta og at alle får et tilbud og kan benytte det hvis de selv ønsker det. Slike tiltak kalles ofte befolkningsrettede tiltak og det snakkes om å ha et ”befolkningsblikk” på folkehelse. Dette til forskjell fra å ha et ”tjenesteblikk” på folkehelse hvor fokus er på det som foregår i de enkelte tjenestesektorene som skoler, barnehager og helsestasjon.

Målgrupper kan også være mer spesifikke. Det kan være sårbare grupper, eller risikogrupper i befolkningen som velges ut fordi de trenger spesiell støtte eller oppfølging for å bedre sine levevaner knyttet til individuelle risikofaktorer eller gjennomføre en atferdsendring knyttet til de samme. Individuelle risikofaktorer kan være rus, røyk, lite fysisk aktivitet eller usunt kosthold. Knyttet til risikogrupper er det et hovedmål å hindre negativ utvikling og for å nå slike grupper vil det etableres tiltak som er selektive i karakter.

Her skal vi bruke kommunenes oppfatning av sine utfordringer på folkehelsefeltet til å si noe om hvilke målgrupper de mener at de utarbeider og iverksetter tiltak for. Dette er tiltak som kan klassifiseres under rubrikken folkehelse. Kommunenes utfordringer på folkehelseområdet vises i tabell 3.1.

Tabell 3.1 *Temaer kommunene mener er deres største folkehelseutfordringer. Prosent, hele tall i parentes (N=304), flere svar mulig*

Utfordring	Andel kommuner
Rus	57 (172)
Psykisk helse	48 (146)
Ernæring	43 (130)
Fysisk aktivitet	41 (124)
Sosiale møteplasser/ Sosialt nettverk	38 (116)
Tobakk	38 (115)
Demografi	38 (115)
Bolig- og boligsosial forhold	35 (107)
Barnevern	34 (102)
Skole og utdanning	30 (91)
Universell utforming	29 (87)
Oppvekstmiljø	28 (85)
Areal- og transportplanlegging/ samferdsel	27 (81)
Økonomiske forhold inkludert fattigdom	24 (73)
Deltakelse på arbeidsmarkedet	24 (72)
Helse- og omsorgstjenester	20 (61)
Trygghets- og kriminalitetsforebygging	15 (44)
Medvirkning fra frivillige grupper i samfunnet	12 (37)
Skader og ulykker	9 (27)
Kulturaktiviteter	8 (25)
Barnehage	7 (22)
Støy, luft, vann og stråling	6 (17)
Grønn- og friluftsområder	6 (17)
Smittevern	5 (14)

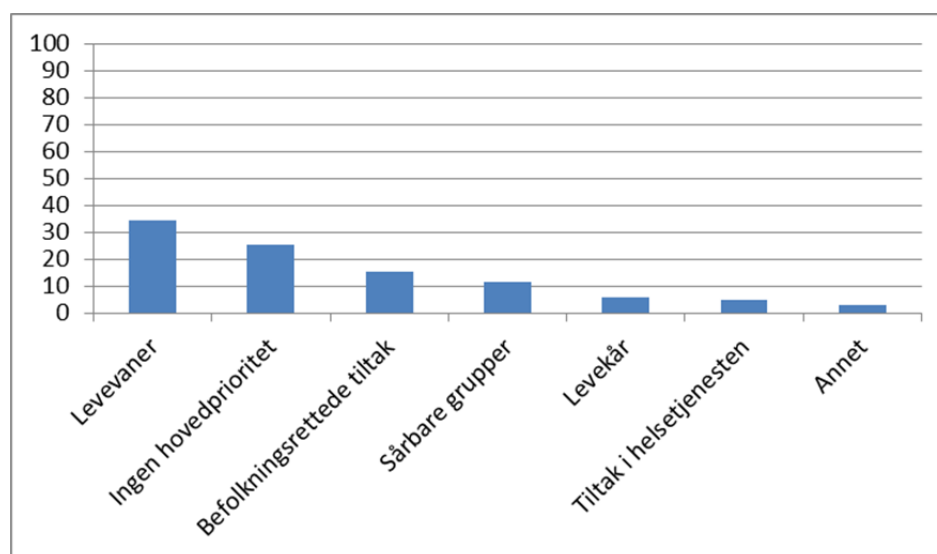
- 57 % mener at rus er en viktig utfordring
- 48 % mener psykisk helse er en viktig utfordring
- 43 % mener at ernæring er viktig

De fire levevanetemaene, rus, ernæring, fysisk aktivitet og tobakk plasserer seg alle blant de seks viktigste utfordringene kommunene mente at de hadde i 2011. Psykisk helse, som Helgesen og Hofstad (2012) har definert som et levekårstema, plasserer seg som nr. to av utfordringene. Andre levekårstema som bolig og boligsosial arbeid, barnevern, skole og utdanning, samt oppvekstmiljø

kommer lengre nede på listen, det gjør også økonomiske forhold og fattigdom. En utfordring som sosiale møteplasser og nettverk kommer imidlertid ganske høyt på listen over tema kommunen vurderer som utfordring.

Hvis vi ser hovedprioriteten opp mot hvilke utfordringer kommunene mener at de har på folkehelseområdet ser vi at det er levevanetemaene som både vurderes som utfordringer og som prioriteres. Prioriteringene kommunene oppgir at de gjør vises i figur 3.1.

Figur 3.1 *Kommunale prioriteringer på folkehelse- og forebyggingsområdet* (N=303)



Levevaner prioriteres altså av like i underkant av 35 % (104) av kommunene som svarte på undersøkelsen. Levevaner, nærmere bestemt fysisk aktivitet, kosthold og tobakk, er også i hovedsak de tiltakene det arbeides med i frisklivssentralene. 160 kommuner har enten selv etablert slik sentral, eller de har tilgang til en sentral gjennom interkommunalt samarbeid (H.dir. hjemmeside besøkt oktober 2013). Ettersom folkehelsekoordinatoren i mange kommuner enten er sentralens leder eller er ansatt der (33 %), eller arbeider med fysaktiltak (15 %) er også vedkommendes arbeid i stor grad rettet inn mot levevaner. Helgesen og Hofstad (2012) viste at folkehelsekoordinatorstillingene i stor grad er forankret i

kommunal helsesektor ved å være en deltidsstilling knyttet til en administrativ eller brukerrettet stilling i denne sektoren. Se også figur 4.1 der dette presenteres nærmere.

Arbeid for å endre eller styrke levevaner drives også i skoler og barnehager, det kan være tema i befolkningsrettede tiltak, som kan være samarbeid med idrettslag, friluftsf- og kulturorganisasjoner, og det kan være tema i arbeidet for sårbare grupper. Det er fysisk aktivitet og ernæring som framstår som de viktigste enkelttema innenfor levevanene. Og både fokusgruppene i kommunene og intervjuene med rådgivere på fylkesnivå indikerer dette. Sosiale møteplasser kommer høyt på listen over utfordringer og intervjuene indikerer også at kommunene er opptatt av å etablere sosiale møteplasser, spesielt for sine eldre. Dette kommer vi også tilbake til.

Tiltakene som inngår i levevaner, som å øke barn og unges fysisk aktivitet og redusere deres eksponering for russescenen, kan være universelle eller befolkningsrettede og ha svært lav terskel for deltakelse eller involvering av målgruppen. Et nærliggende eksempel er endring av skjenketider for restauranter og barer. At kommunene oppgir spesielle levevaner som sin hovedprioritet i folkehelsearbeidet betyr dermed ikke nødvendigvis at det er selektive tiltak for spesielle grupper som er etablert. Levevanetiltakene har klart to sider og er både universelle og selektive.

De befolkningsrettede tiltakene er tiltak som er definert som tverrsektorielle og som treffer større grupper av befolkningen, uavhengig av deres utsatthet. For eksempel hele barnepopulasjonen slik som det vil gjøres i helestasjon, barnehager og skoler, eller hele befolkningen som målgruppe for en svømmehall eller et kulturhus. Tiltak vil kunne plasseres under rubrikken levevaner, levekår eller sosiale og miljømessige tiltak. Dette kan eksemplifiseres med tiltak i skolen. Slike tiltak er det 15 % (47) av kommunene som har svart at er deres hovedprioritet. De mest universelle tiltakene treffer alle, som gymnastikktimene og friskt vann. Slike tiltak vil det også være lavest terskel for målgruppen å delta på. Legger vi sammen resultatene for disse to prioriterte områdene ser vi at det like i underkant av 50 % (151) som definerer sine hovedprioriteringer som tiltak som med stor sannsynlighet kan defineres som universelle. Tar vi med svarkategorien ”ingen spesiell hovedprioritet” der 25 % (76)

krysset av, finner vi at hele 75 % (227) av kommunene trolig har tiltak som kan defineres som universelle eller å foregå på universelle arenaer (Underlagsmateriale for Helgesen og Hofstad 2012). I og med at undersøkelsen ikke er designet spesielt for dette prosjektet vil vi ikke kunne si med sikkerhet hvordan kommunene legger opp tiltak for å nå sine målgrupper ved hjelp av de kvantitative dataene.

At kommunene planlegger og handler for å etablere tiltak på universelle arenaer kan støttes av andelen som har krysset av i rubrikken ”sårbare grupper”. Spørsmållstillingen hadde også med ”eller grupper med helserisiko” i ordlyden. Det er altså bare 12 % av kommunene som mener at deres hovedprioritet i folkehelsearbeidet er rettet spesielt mot sårbare grupper eller grupper med helserisiko. På den annen side stemmer dette i liten grad med kommunenes arbeid for å etablere frisklivssentraler, som nå er 160 registrerte hos helsedirektoratet. Disse sentralene driver tiltak som er rettet direkte mot enkeltpersoner som er sårbare i den forstand at de har behov for hjelp til å endre sine levevaner.

Målgrupper

Universelle eller befolkningsrettede tiltak:

Barn og unge, eldre, voksne, familier med barn

Selektive tiltak:

Sårbare grupper, enkeltpersoner som trenger forsterkede tjenester eller andre ressurser i barnehage og skole, som er i behov av hjelpetjenester, enkeltpersoner som er i behov av spesielle ressurser i helsetjenesten eller er i faresonene for å bli innlagt på sykehus

3.3 Universelle tiltak for hele befolkningen

I kapittel to ble befolkningsrettede tiltak definert som å være dem som er rettet mot hele befolkningen eller grupper, dvs. hele populasjoner som barn eller unge. Tiltak for hele befolkningen inngår ikke som problemstilling for prosjektet, men tiltak som er rettet mot familier og mot grupper som barn og unge, noen ganger

også eldre, er tiltak som alle, hele befolkningen i en kommune, kan benytte. Dette dreier seg om kulturhus, bibliotek, idrettsanlegg som idrettsplasser, alpinanlegg, turløyper- og kart, sykkelstier, tilrettelegging for bruk av andre typer utearealer som grøntområder og aktivitetsstier- og løyper. Kommuner gir støtte til idrettslag og dermed er også idrett et tiltak kommunene legger til rette for at deres innbyggere skal benytte seg av for å holde seg frisk og forebygge sykdom. Eksempler på slike tiltak vises i tabell 3.2:

Tabell 3.2 *Eksempler på tiltak for hele befolkningen*

Fysisk aktivitet	Andre tiltak
Aktiv fritid Aktiviteter knyttet til anlegg Bysykler Folkepulsen Friluftspark Sykle til jobben Turgrupper Turløyper ("Ti turmål", "Månedens tur") Turkart Universell utforming av friluftsområder Åpen hall	Røykfrie soner i tilknytning til offentlige bygninger Trygge lokalsamfunn (strøsand, refleks, trening, forebygge idrettsskader, skaderegistrering, kriminalitetsforebygging(SLT), trafikkikkerhet)

Av disse nevner de fleste av våre fokusgruppekommuner at de arbeider med tiltakene åpen hall og tilrettelegging for turgåing. I mange av disse tiltakene er det også møtepunkter med frivillige organisasjoner, lag og andre mer eller mindre fast organiserte grupper.

3.4 Tiltak for barn og unge

Helsefremmende og forebyggende tiltak er ofte målrettet for barn og unge, det er tilfellet for mange av kommunene i vårt materiale. Tiltak er ofte befolkningsrettet og universelle, men de drives av en tjeneste og er gjerne rettet mot populasjonen, for eksempel alle barna som kommer til helsestasjonen. Helsestasjoner, barnehager,

skoler og skolehelsetjenester, samt helsestasjon for unge er eksempler på tjenester som er en del av politikken for å styrke folkehelsen, og som tilbyr helsefremmende og forebyggende tiltak. Slike tiltak kan ta form som kartlegginger, for eksempel av språk, overvekt eller utsatthet for rus eller vold. Slike kartlegginger omfatter alle i populasjonen (Helsedirektoratet 2010a, Helsedirektoratet 2010b).

Helsefremmende skoler og barnehager er et tiltak fylkeskommunene arbeidet med i sin relasjon med kommunene. Som vi så i kapittel en er helsefremming et begrep som omtaler prosessen som setter personer i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse gjennom å utvikle personlige ferdigheter som gjør dem i stand til å ta valg som fremmer helsen (Helsedirektoratet 2010a). Helsefremming som begrep brukes også om politiske prosesser som omfatter endring av sosiale, miljømessige og økonomiske forhold – helsens determinanter – og det å sette folk i stand til å ta kontroll over disse determinantene (Helsedirektoratet 2010). Den første definisjonen ligger til grunn for utarbeidelsen av programmer om helsefremmende skoler og barnehager, trolig også av de fylkeskommunale programmene. Helsefremmende skoler kobler helse og læring – barn og unge med god helse lærer bedre og god utdanning fører til bedre helse (Viig 2010).

Det slås også fast at fysisk aktivitet er positivt for mestring (Wold 2009). Meld. St. 20 2012-2013 peker på at fysisk aktivitet i skolehverdagen gir motivasjon og har en viktig funksjon i et folkehelseperspektiv. Til valgfag i 8. skoletrinn er det 35 prosent av elevene som velger fysisk aktivitet, det er den høyeste enkeltandelen for valg (Meld. St. 20 2012-2013:72). Meldingen peker videre på at læreplanen i kroppsøving er revidert, og det er et håp at den nye planen skal bidra til å gjøre elevene motiverte til å delta og yte i timene og på 5.-7. trinn er antallet timer fysisk aktivitet økt med til sammen 76 (Meld. St. 20 2012-2013:31 og 66). Det er laget en idé- og ressursbank om fysisk aktivitet som er tilgjengelig på Utdanningsdirektoratets hjemmesider.

<http://www.udir.no/Fysisk-aktivitet-i-skolen/>

I 2012 publiserte Helsedirektoratet en undersøkelse som viser at det er forskjeller mellom kommuner og skoler hvorvidt de satser på fysisk aktivitet i skolen. Noen skoler som deltok i undersøkelsen har utvidet tilbudet om fysisk aktivitet til å gjelde flere trinn. Fem

prosent av klassene på 1. trinn, 6 prosent på 4. trinn og 16 prosent på 10. trinn har FYSAK eller FYSAK og et annet tilrettelagt aktivitetstilbud. En større andel av klassene har fysisk aktivitet innbakt i skoledagen på alternative måter. Like over 40 prosent av 1.-klassene, 36 prosent av 4.-klassene og 21 prosent av 10.-klassene oppgir at dette gjennomføres ukentlig eller daglig. Av opplegg som oppgis på barnetrinnet er det i hovedsak konsepter som ”Røris” og ”Trivselsledere”. På ungdomstrinnet er det i større grad idrett i form av ukentlige turneringer, eller turer og organisert trening som er den økte aktiviteten. Likevel er det 56 prosent av klassene på 1. trinn, 61 prosent på 4. og 63 prosent av klassene på 10. trinn i dette utvalget som i 2011 ikke har tilrettelagt fysisk aktivitet utover kroppsøvfagsfaget (Helsedirektoratet 2012). Andre finner at styrking av fysisk aktivitet på skolen ikke nødvendigvis har en effekt på barn og unges aktivitetsnivå (Berg og Underland 2012), men det kan likevel ha en gunstig effekt på folkehelsen (Grydeland mfl 2013). Skolebaserte tiltak for å fremme økt inntak av frukt og grønt blant barn og unge har positiv effekt (Berg og Underland 2012), men slike intervensjoner reduserer ikke de sosiale forskjellene mellom barn og unge (Samdal mfl 2012).

Dette retter oppmerksomheten mot læringsmiljøet der et godt og inkluderende læringsmiljø forstås som betingelser for å fremme elevenes helse og trivsel, samt sosiale og faglige læring (Nordahl mfl, 2009). Den helsefremmende skolen og barnehagen er dermed de skoler og barnehager som arbeider for å oppnå bedre helse og økt trivsel og læring, skape gode undervisnings- og læringsforhold og som stimulere elevene til en helsemessig god livsstil. Redskapene for å få dette til er å drive helseundervisning og forebyggende arbeid, tenke helsekonsekvenser i beslutninger, involvere elever og foreldre, arbeide for å etablere et godt psykososialt og fysisk læringsmiljø, blant annet ved å fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold. I tillegg bør skolene arbeide med elevaktige metoder (Viig 2010). Det er 87 skoleeiere, det inkluderer fylkeskommuner, som er med i Utdanningsdirektoratets satsning ”Bedre læringsmiljø”. Formålet med satsingen er å skape et godt og inkluderende læringsmiljø for alle elever i grunnskolen og videregående skole, som fremmer elevenes helse, trivsel og læring (Helgøy og Homme 2010). Satsningen er femårig og pågår fortsatt.

Som vi så i forrige kapittel er det mange fylkeskommuner som har prosjekt om helsefremmende barnehager og skoler. Kommunene,

ved institusjonene, kan trolig søke om midler til dette fra fylkeskommunen. Helsefremming kan også fungere som en overskrift for arbeidet med levevanetiltakene som preger arbeidet for barn og unge som foregår i barnehager og skoler. I tabell 3.3 viser vi tiltak i skoler og barnehager som kan plasseres under rubrikkene fysisk aktivitet og kosthold. I tabell 3.4 viser vi universelle sosiale tiltak som gjennomføres i eller utenfor skole og i 3.5 vises tiltak som gjennomføres fra helsestasjon og skolehelsetjeneste.

Tabell 3.3 *Fysisk aktivitet- og kostholdstiltak i skoler og barnehager*

Helsefremmende barnehager	Helsefremmende skoler
Ernæring (Fiskesprell, sukkernekt)	Aktiv skole
Fysisk aktivitet	Beintøff
Språk	Friskt drikkevann
Inntakssamtaler med Foreldre	Godtefri
	Gåbusser
	Klar ferdig gå
	Sykle/gå til skolen
	Røris
	Sikkerhetsuke (hjerte-lungeredning etc)
	Økt nærvær i kroppsøving

Hva innholdet i fysisk aktivitet i barnehager er, er ikke vektlagt verken i det åpne spørsmålet vi har hentet eksempler på tiltak fra, eller i fokusgruppeintervjuene. Men en kommune henviser til at de har en plan for fysisk aktivitet i barnehager (intervju 23.08,13) og trolig dreier det seg mye om lek og å være ute. I en kommune ble det påpekt at det måtte gis en del veiledning til foreldre om lek og fysisk aktivitet. Det var et sterkt fokus på kosthold i barnehagene, og noen kommuner pekte på at all sukkerholdig mat var forbudt. Det kan ikke lenger være kaker og søtt til bursdager og det var gjerne laget sunne menyer foreldre kunne velge i til deres barns bursdag. Også angående ernæring og kosthold var foreldreveiledning et tema – foreldre må lære at kosthold påvirker atferd (intervjuer 23.08.13, 22.11.13).

Tabell 3.4 *Universelle sosiale tiltak for barn og unge i og utenfor skole*

Skoletiltak	Tiltak utenfor skolen
Familedager	Barns- og unges kommunestyre
Forebygge psykisk sykdom	Framtidsverksted
Foreldrenettverk	Fritidssentre
Hybelkontakt	Møteplasser for uorganiserte unge
Leksehjelp	Ungdomskafé
Programmer mot mobbing	Ungdomsklubb
Redusere fravær	Ungdomsråd
Trivselskoordinatorer	
Trygge overganger mellom skolenivå	
Unge og rus-kurs	
Zippis venner	

Dette er en blanding av tiltak som ikke tar mål av seg å være uttømmende. Som det blir vist til senere er tiltak for å redusere fravær gjennomført av mange og på flere nivåer i styringssystemet, mens tiltak for å redusere mobbing er i ferd med å bli erstattet av et nytt fokus på fysisk aktivitet.

Tabell 3.5 *Universelle tiltak knyttet til helsestasjon*

For mor og barn

Barselgrupper
Møter med gravide og fødende (Smart Start)
Møter med helsesøster for mor og barn
Trillegrupper

Et tiltak som babysvømming fanges ikke opp av denne kategoriseringen, men nevnes av flere i fokusgruppeintervjuene. En av fokusgruppene forteller at kommunen har et tiltak kalt "Nøstebarn" som er fysisk aktivitet for barn fra to måneder. Slike tiltak blir ofte drevet i samarbeid med frivillige organisasjoner. Foreldre og barns møter med helsesøster, samt andre faste kontaktpunkter for alle barna i kommunen, er utgangspunkt for kartleggingssituasjoner der helsesøster merker seg hvis barn og foreldre har behov for ekstra tiltak og støtte. I fokusgruppene får

vi opplyst at det enda ikke eksisterer gode verktøy for slike kartlegginger, men at det er under utprøving i regi av Barne- og likestillingsdepartementet. Hvis helsestasjonen finner barn som er i behov av ekstra innsatser henvises de til selektive tiltak hvis kommunen har tiltak å tilby. Det ble uttrykt behov for å ha det.

Universelle tiltak:

Tiltak i tjenester som skal nå hele populasjoner som barnehager og skoler, helsestasjon og skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, helsestasjon for eldre, idretts- og andre typer kommunale anlegg, samarbeid med frivillige organisasjoner

3.5 Sosial ulikhet

Sosial ulikhet i helse er et mye omtalt tema både i statlige styringsdokumenter og utredninger og det har vært omtalt i offentlige dokumenter i en lengre periode (Helsepolitikk mot år 2000 1987, St. meld. nr. 16 2002-2003, St. meld. nr. 20 2006-2007, Helsedirektoratet 2010, Meld. St. 34, 2012-2013).

Baselineundersøkelsen som ble gjennomført i 2011 hadde et spørsmål om hvorvidt reduksjon av sosial ulikhet er et utgangspunkt for arbeidet i kommunale tjenester. Spørsmålet omfatter tjenester som er aktuelle også i foreliggende prosjekt. Hvordan svarene fordelte seg vises i tabell 3.6.

Tabell 3.6 *Oppfatninger i kommuner om tjenester har som mål å redusere sosial ulikhet i helse N=269*

Reduksjon av sosial ulikhet som mål i kommunale tjenester	I stor og middels grad	I liten grad	Uaktuelt/ vet ikke
Helsestasjon	76 (205)	8 (22)	16 (42)
Skolehelsetjenesten	74 (198)	10 (26)	16 (45)
Psykisk helse	70 (189)	8 (22)	22 (58)
NAV-sosial	68 (183)	3 (9)	27 (77)
Rus	65 (174)	10 (28)	25 (67)
Skoler	63 (170)	11 (30)	26 (69)
Helsestasjon for ungdom	63 (169)	8 (21)	29 (79)
Barnehager	62 (168)	13 (35)	25 (66)
Barnevern	61 (163)	12 (31)	27 (75)
Kultur	58 (156)	17 (45)	25 (68)
Pleie og omsorg	57 (152)	17 (46)	26 (71)
Bolig	55 (148)	18 (48)	27 (73)
Kommunelege	53 (144)	18 (48)	29 (77)
Idrett	53 (143)	19 (52)	28 (74)
Frisklivssentral	45 (121)	5 (14)	50 (135)
Fastlege	43 (117)	21 (55)	36 (97)
Plan/miljø/teknisk	29 (77)	32 (86)	39 (106)

Kilde: Helgesen og Hofstad 2012:90-92)

- Helsestasjons- og skolehelsetjenesten anses i størst grad å redusere sosial ulikhet
- Psykisk helse og NAV-sosial vurderes også av mange som å redusere sosial ulikhet i helse
- Plan/miljø/teknisk anses i minst grad å redusere sosial ulikhet i helse

Frisklivssentralen anses å redusere sosial ulikhet i helse av 45 %. Det er kun 160 kommuner som har tilgang til slik sentral og derfor er det en høy andel som har krysset av for uaktuelt på dette alternativet. Det er det også angående helsestasjon for ungdom, noe som kan avspeile at mange kommuner ikke har en slik helsestasjon selv om det er pålagt dem i lov. På de andre svaralternativene er andelen som har svart uaktuelt forholdsvis lav, mens andelen som har svart vet ikke er høy. Det kan tyde på at

sosial ulikhet i helse er et uvant og kanskje uklart klart tema for kommunene.

Det inntrykket befester seg hvis vi ser på hvordan kommunene oppfatter fattigdom som utfordring. Tabell 3. 1 viser at det i 2011 er kun 24 % som lister dette som en utfordring. Trolig er det prosesser på gang som endrer dette og bevisstheten om at det var grupper i lokalsamfunnet som hadde det økonomisk vanskeligere enn andre var til stede i alle kommunene da vi gjorde fokus-gruppeintervjuene. Dette ga seg først og fremst uttrykk i at det var snakk om barnefattigdom. Det var kun en kommune som hadde et tiltak som kan kalles universelt i denne sammenhengen og det er et inntektsavhengig innslagspunkt for når det skal gis søskenmoderasjon i barnehage, og dette punktet er satt høyt, dvs. foreldre kunne tjene ganske mye før de ikke lenger fikk søskenmoderasjon (intervju 22.11.13).

Oppfatningen i fokusgruppen er at kommunen er et godt sted å bo for alle sosioøkonomiske grupper, men at oppmerksomheten mot fattigdom godt kan økes. For eksempel i retorikken omkring kommunenes attraktivitet og at det er en politisk målsetting å bli en attraktiv bokommune. Det ble stilt spørsmål ved om sosioøkonomisk dårlig stilte grupper ble tatt hensyn til i bruken av denne typen retorikk. Det ble særlig henvist til boligpolitikken retorikken ledet kommunen til å føre, både i spørsmålet om å ha utleieboliger og angående utforming av nye boligområder. Noe av det samme resonnementet ble gjennomført angående nye anlegg kommunen bygget for aktiviteter som idrett, svømming og kultur. Dette var anlegg som også skulle kunne tas i bruk i undervisning og på den måten ble de uansett for alle, men for familier på fritid ville det være dyrt å ta dem i bruk. Tilsvarende resonnementer ble gjennomført i andre kommuner, men da i forhold til at det var dyrt med utstyr for å drive idrett, for å transportere seg til trening og konkurranser, samt benytte anlegg:

Jeg har litt tro på det med å utvikle et mangfold i kommunen i forhold til tilbud. At man sikrer seg at det er et mangfold av aktivitetstilbud. Som gjør at det er noe for de familiene som vegrer seg for å hive seg med på den fotballkarusellen, eller som ikke kan gå på skiskyting fordi det koster alt for mye. .. men vi har et mangfold, men vi har ikke disse gratistilbudene. Vi har

kulturskolen for dem som ikke vil drive med idrett, men det er jo noen av de dyreste tilbudene vi har (intervju 27.11.13).

I en annen kommune var de opptatt av denne problemstillingen, men knyttet til matabonnement på skolene der det kom fram at ikke alle hadde råd til å være med. Det startet denne meningsutvekslingen i fokusgruppen:

Det er ikke sikkert alle har råd. Å betale det ekstra måltidet en gang i uka, og hva gjør det med den eleven som ikke har råd? .. På den annen side må det jo være lurt å skaffe folkehelse til de 90 prosentene, ikke de 10 prosentene. Det spørres hva vi skal ha fokus på hele tiden, synes nå jeg da. ... Det er klart, men det er noe igjen med å tenke på sosiale ulikheter. Det er også et perspektiv: å gi, i utgangspunktet alle, et tilbud, men alle har ikke råd til det. ... Ja nettopp de som trenger det mest kanskje? ... ja det er et paradoks det der... hvis noen ikke kan bruke det så gjør vi feil i forhold til at vi skal utjevne sosiale forskjeller. Det skal ligge i bunn, ikke sant? (intervju 1 16.12.13).

Alle elevene på alle skolene var blitt inkludert i ordningen fordi kommunen etterga regningen for dem som ikke hadde meldt seg på.

Kommunene gjennomførte prosjekter rettet mot økonomisk vanskeligstilte familier og barn og unge. Prosjekter involverte gjerne frivillighetssentralene og det ble gitt økonomisk støtte til innkjøp av utstyr eller det var etablert utstyrsdepoter som lånte ut utstyr til barn og unge, samt til skoler og idrettslag (intervju 2 16.12.13, 09.01.14). Det kan eksemplifiseres som følger:

...det er og en utstyrspark, og det er en sånn fattigdomssatsning. Så man har en flott utstyrspark og vi bruker den mye i forhold til de ungene som, de barn og unge vi jobber med, så kan vi låne utstyr for å introdusere en del aktiviteter (intervju 08.01.14)

En kommune har ungdomskontakter som arbeider i tilknytning til ungdomsklubbene. Kontaktene kjenner de uorganiserte ungdommene og har aktivitetsskvelder en gang i uken. Der har de

med ungdom som ikke får oppleve fritidsaktiviteter til vanlig, som har mangel på opplevelser (intervju 12.11.13). En folkehelserådgiver rapporterte om ulike tiltak i kommuner i sitt fylke:

Å jobbe på tiltakssiden i forhold til å utjevne effekten og konsekvensen av sosial ulikhet skjer det jo en hel del. Det er kulturkort for eksempel, til unger fra familier som trenger det spesielt. Og en har kommuner hvor barnevernet eller NAV plukker ut familier der ungene får aktivitetskort som gir adgang til svømmehallen eller i aktivitetsparker gratis. Eller til sommerleirer eller få julegaver. Og både frivillige organisasjoner og kommuner jobber jo mye med akkurat det med å sette i gang tiltak mot slike grupper. I forhold til boligbygging og boligsosialt arbeid så er det viktig ting. Der har jo kommunene veldig ulikt fokus og ulik politikk. Noen jobber med å bedre boevne og å gi familier, eller personer, gode, stabile boliger, og å øke boevnen deres. Jeg ser på det som en del av folkehelsearbeidet (intervju 14.11.2013).

Slike prosjekter inkluderte også barn fra innvandrerfamilier (intervju 06.01.14, 09.01.14), noe fokusgruppene viste til at alle kommuner hadde som utfordring: Å inkludere barn av innvandrerfamilier i aktiviteter, samt få deres foreldre på banen. Ikke nødvendigvis fordi de skulle delta i dugnader, kjøre til trening og konkurranser eller bare være til stede på trening, men også fordi foreldrene ble sett som ressurser i lokalmiljøene:

Hvordan får vi dem med? Mange av dem har mye kompetanse. I idrett? Foreldrerepresentant i skoler og barnehager? Hvordan får vi dem inn i slike posisjoner? De blir ikke med selv om de er ressurssterke. ... Kanskje vi skal ta det ned og få med noen som er der selv. Det er det å få dem til å si noe om sin egen situasjon. «Hvordan tenker dere at dere kan komme og være med?» Det er kanskje der vi har noen utfordringer. Vi har lett for å sette ned noen fagpersoner som skal sitte og finne ut ting (intervju 16.12.13).

Idrettslagenes holdninger til foreldre som ikke deltar oppfattes som å stå i motsetning til dette:

Vi har et potensial i å jobbe med idrettslagene, og det vi har fått til der å jobbe mye med holdningen til trenere og tillitsvalgte, at de ikke må irritere seg over foreldrene til de ungene, der foreldrene aldri kommer, og tenke at heller: «så bra at vi greier å ha denne ungen». Og det å greie å holde disse ungene lengst mulig aktiv... i stedet for å sende ut bøter eller hva de gjør. Dette er kjempeviktig. For det er noen foreldre du aldri greier å få på banen, men det viktigste er å få ungene aktive, og få dem til å føle seg velkomne (intervju 27.11.13).

Utfordringer mht. innvandrergupper og folkehelse ble i stor grad uttalt i forbindelse med fysisk aktivitet, ernæring og språk. Alle kommunene i materialet har innvandrere med ulike landbakgrunn. For noen grupper pekes det på at de kommer fra kulturer der det ikke er vanlig at kvinner driver fysisk aktivitet og det oppfattes som en utfordring å rekruttere jenter, både de yngre og de litt eldre, fordi det er mange fordommer mot aktive kvinner. Strategiene for å nå barn i slike familier er å ha åpne dager i forskjellige typer aktiviteter, invitere hele familier og rekruttere via skolene eller barnehagene (intervju 23.08.13). Samtidig ble det vist til at kurs i svømming, sykling eller annen type aktivitet som var begrenset til kvinner er populære og fullt egnet (intervju 05.11.13, 06.01.14). Slike tiltak har kommunene kommet fram til ved å spørre dem det angår om hva de kunne tenke seg å gjøre.

Ernæringsproblematikken er framtrødende for grupper av befolkningen, blant annet innvandrere der forekomsten av diabetes kan være høy. I 11 av 12 fokusgruppekommuner ble dette nevnt eksplisitt og det ble derfor lagt vekt på å gi informasjon om sunn mat i barnehagene. I noen kommuner ble det uttrykt forventninger til etablering av «friskliv familie» som de var i ferd med å etablere og som skal være en henvisningstjeneste for både helsestasjon, barnehage og skoler angående slike problemstillinger. Der kan samtalen tas om fedme som helsestasjonen, gjennom sin plikt til måling og veiing, kartlegger at er en utfordring:

Det gjør at de tiltakene som er litt delikate og vanskelige å gå inn i, det er oftest dem som prioriteres

bort. ... Og det er bare en litt dårlig samvittighet. Nå, i forhold til ungdom, så har frisklivssentralen et prosjekt for ungdom og overvekt og aktivitet. Det har lettet litt, da kan vi gå sammen med noen andre om å dele den dårlige samvittigheten (intervju 22.11.13).

Et tema er overspising, det er et familieproblem. Det skal plukkes ut gode tiltak som skal inn i friskliv familie. Samtalen skal vi begynne å jobbe med senere på høsten. ... I dette prosjektet er det en målsetting å sikre effekter for familier (intervju 23.08.13).

I den kommunen der det siste sitatet er fra var tiltaket i oppstartfasen og det skulle plukkes ut ti familier som skulle delta i tiltaket i første omgang. Det var en pilot som senere skulle iverksettes i hele kommunen. I kommuner der det enda ikke er etablert tiltak å henvise barn og unge med fedmeproblematikk, påpekes det at det savnes. En utfordring som ser ut til å være spesiell for de store byene er at skolevegen er kort og at det er lite sykling til skolen. Det uttrykkes generelt en bekymring for at det er mye kjøring til skolen, men i kommuner med avstander er det mulig å sette i gang tiltak for å styrke den fysiske aktiviteten ved å understreke viktigheten av at barn går eller sykler til skolen (intervju 23.08.13, 1 16.12.13).

Det er få kommuner i materialet som kommenterer språktesting i barnehagene, og de som gjør det språktester ikke alle barn, bare de som de i utgangspunktet ser vil ha språklige utfordringer (intervju 22.11.13). En kommune har likevel etablert en ordning der det vil være mulig for dem å kartlegge alle barns språkutvikling. Det ble vist til barnehagemeldingen «Framtidens barnehager» og at det i liten grad var utviklet verktøy til å gjennomføre kartlegging av samtlige barn (ibid).

3.5.1 Selektive tiltak

Selektive tiltak kommer i stand i det som representanter for kommunene kaller hjelpetjenestene (Barnevern, PPT, hjemmetjenester, fysio-ergoterapi). Det oppfattes som viktig at det er tiltak å henvise barn og unge til hvis generelle kartlegginger viser at det er behov for ekstra innsatser.

Mens tiltak som er rettet mot hele befolkningen og som er universelle nesten uten unntak er levevaneorientert, er de selektive tiltakene oftere innrettet mer spesifikt for å redusere sosial ulikhet i helse. Eksempler på selektive tiltak for barn og unge vises i tabell 3.7.

Tabell 3.7 *Selektive tiltak for barn og unge*

Fysisk aktivitet	Andre tiltak
Aktivitetsgruppe for barn og unge med overvekt	Fritidsaktiviteter
Friske familier	Fritidskontakt
Idrettsaktiviteter	Rusprosjekt
Skoggruppe	Rådgivningstilbud til barn og foreldre
Tarzanløype (for ungdom i risiko)	Spesialundervisning
Trening for minoritetsungdom	Styrking av språk i barnehage
Trening for funksjonshemmede	Styrket undervisning (for eksempel i norsk)
Treningskontakt	

Noen av de selektive tiltakene som er rubrisert under fysisk aktivitet er eksempler på tiltak som ble ytt under fattigdomsmidlene som kommuner kunne søke fra Barne- og likestillingsdepartementet. Slike tiltak skal generelt øke barns og unges mestringsfølelse og tilhørighet i sosiale relasjoner. Selektive tiltak knyttet til helsestasjon og barnevern vises i tabell 3.8.

Tabell 3.8 *Selektive tiltak knyttet til helsestasjon og barnevern*

Helsestasjon	Barnevern
<p>Samtale og oppfølging ved spesifikke problemer for barn og unge (fedme, underernæring, fravær fra skole)</p> <p>Kontroller ved særlige mistanker (kjønnslemlestelse)</p> <p>Tidlig innsats for barn i risikogrupper</p> <p>Tidlig innsats for gravide (rus, vold, diabetes)</p>	<p>De utrolige årene</p> <p>Home-start</p> <p>Kvello-prosjekt</p> <p>Marte Meo</p> <p>MST</p> <p>Tidlig innsats for risikoutsatte barn og unge (rus og vold)</p>

I to kommuner ble det ytt gratis kjernetid i barnehagene og tre nevner også at barn testes for språk.

Selektive tiltak:

Tiltak i hjelpetjenester som barnevern, PPT, spesialundervisning, forsterket språkundervisning, forsterkede helsetjenester som fysioterapi, ergoterapi, rehabilitering, frisklivssentral

3.5.2 Tiltak knyttet til frafall

Det er ulike tiltak knyttet til frafall fra skoler, både videregående og grunnskoler, i gang i regi av Utdanningsdirektoratet og Arbeids- og velferdsdirektoratet (NAV). ”Ny Giv” har vært hovedprosjektet årene 2010 til 2013 og er i hovedsak rettet mot overgangen mellom grunnskole og videregående skole og målsettingen er at det skal bedre samarbeidet mellom stat, fylkeskommuner og kommuner. Aktivitetene i prosjektet er intensivopplæring, tett oppfølging, sommeraktiviteter, yrkesretting, etablering av læreplasser, arbeidslivsfag og praksisbrev (Kunnskapsdepartementet 2012). Tett oppfølging ser ut til å manifestere seg i

”Oppfølgingsprosjektet”, mens intensivopplæringen kalles ”Overgangsprosjektet”.

”Overgangsprosjektet ”skal bidra til systematisk samarbeid mellom kommuner og fylkeskommuner om tett oppfølging av svakt presterende elever som risikerer å ikke mestre videregående opplæring (Eielsen mfl. 2013). Prosjektet består av intensivopplæring i lesing, skriving og regning siste halvdel av 10. skoletrinn. 231 kommuner deltok i 2012 (Kunnskapsdepartementet 2012).

”Oppfølgingsprosjektet” skal bidra til bedre samarbeid mellom fylkeskommunen og NAV om ungdom som over tid har vært ute av utdanning og arbeidsliv. ”Oppfølgingsprosjektet” etablerte prosjektledere i fylkeskommunene, fortrinnsvis i Oppfølgings-tjenesten (OT), og prosjektkontakter på fylkesnivå i NAV. Det forutsettes et samarbeid mellom disse instansene, de videregående skolene og fagopplæringen, men utformingen av samarbeidet er delegert til det enkelte fylke. I 2012 var det tre fylker som hadde besluttet å ikke delta (Kunnskapsdepartementet 2012:26). Oppfølgingstjenesten skal ha oversikt over ungdom i målgruppen, og i juni 2013 var det 1500 ungdom i målgruppen OT ikke hadde oversikt over (Sletten mfl. 2013).

I ”Oppfølgingsprosjektet” er det særlig fokus på å tilby ungdommene kombinasjonstiltak bestående av individuelt tilrettelagt opplæring og arbeidspraksis. Det er ikke egne penger i prosjektet og Sletten mfl rapporterte i 2013 at det i liten grad var satt i verk nye tiltak innenfor denne rammen. Det ble likevel identifisert 137 tiltak som ble drevet i bedrifter (44) og skole (22), alternative læringsarenaer (33) og i kombinasjon mellom alternativ læringsarena og bedrift (35). Tre tiltak var uspesifisert på arena (Sletten 2013:44). Tiltakene er ulikt fordelt mellom fylker der Oslo har 25, Telemark og Sør-Trøndelag har 15, Nordland har 11 og derfra har fylkene mellom 7 og 3 tiltak. Kommunale aktører var med i 54 tiltak, mens PPT var spesifisert som deltaker i 18 tiltak. Kommunale aktører bidro med ressurser i 27 tiltak (ibid:45-47). 87 av de 137 tiltakene skulle gi ungdom dokumentert kompetanse enten på læreplanmål eller annet (ibid:53).

Tall det vises til her peker på at det ikke er mange kommuner som er involvert i samarbeid om oppfølgingstiltak enda, men dette kommer trolig til å øke og evalueringsprosjektet skal pågå ut 2015.

Tiltak kommuner har knyttet til frafall fra skolen er ikke kartlagt som eget spørsmål i de surveyene vi henter tall fra. Spørsmålet om hva kommunene vurderer som sine største folkehelseutfordringer inkluderer et svaralternativ om skole og utdanning, men dette skårer ikke spesielt høgt og i 2011 var det 30 % av kommunene som svarte på Baselineundersøkelsen som mente at dette er en utfordring, jfr. tabell 2.1. Det kan være en feilmargin her i og med at vi har spurt om folkehelseutfordringer. Det er ikke sikkert at kommuner plasserer tiltak mot frafall under denne rubrikken og det er en stor mulighet for at de behandler det utelukkende som et tiltak innenfor skole.

I Baselineundersøkelsen ble det også spurt om det er samarbeid med NAV og i 2011 oppga 43 prosent av dem som svarte at det var kontakt med NAV ukentlig eller månedlig, 10 prosent hadde daglig kontakt. Det er altså ganske gode muligheter for at kommunene samarbeider med NAV om tiltak som skal redusere frafall i skole. Dette inntrykket styrkes hvis vi ser på prosjektet ”Helse og omsorg i Plan”. Der var det også med et spørsmål om hvor ofte det er kontakt mellom kommunene, ved deltakerne i utdanningen og det lokale NAV-kontoret. Svarene vises i tabell 3.9.

Tabell 3.9 *Helomplan-deltakernes kontakthypighet med NAV-lokalt, prosent hele tall i parentes, N=163.*

Kontakthypighet	Frekvens
Daglig	1 (2)
Ukentlig	23 (37)
Månedlig	41 (67)
Halvårlig	16 (26)
Årlig	3 (4)
Sjelden/aldri	17 (27)
Totalt	100 (163)

– over 50 % har kontakt enten ukentlig eller månedlig

Det er forholdsvis hyppig kontakt, noe som kan tyde på at det er tverrsektorielt samarbeid i kommunene som også involverer NAV. Vi kan ikke si med sikkerhet at dette samarbeidet omfatter frafall fra skole, men NAV-sosial vurderes som å være tjenester som er viktige for å redusere sosial ulikhet i helse og mulighetene er

tilstede for at frafall er inkludert (Helgesen og Hofstad 2012:91). I en kommune ble samarbeidet med NAV om frafallsproblematikken omtalt på følgende måte:

[Vet dere om det finnes noen tiltak for å motvirke frafall i videregående skole?]. Ja, der har vi fått en ny plan om hva som skal gjøres, når og av hvem. ... NAV behandler alle som har droppet ut og får dem tilbake igjen fordi de har vært i kontakt med oss. Så det er to sider: en er at de dropper ut og en er å hente dem inn igjen når de dropper ut (intervju 06.01.14)

I fylkeskommunene lå dette klart utenfor folkehelserådgiverens ansvarsområde, de visste derfor lite om denne problematikken, annet enn at det ble arbeidet med i tiltaket «Ny Giv» som alle fylkeskommuner deltok i med sine videregående skoler. Noen av kommunene er eksplisitte på at de samarbeider med fylkeskommunen om tiltak for å hindre frafall:

Vi har lite frafall på den lokale skolen. Og vi ligger bedre an enn statistikken for fylket og resten av landet i forhold til frafall. Det har endret seg de siste par tre årene (intervju 09.01.14)

Det ble poengtert at frafallet var høyere for de elevene som måtte reise for å gå på videregående skole og som bodde på hybel. I en kommune omtalte de et ”hybelprosjekt” på denne måten:

Og så har kommunen valgt å ha et særlig fokus på hybelboere så de har sitt eget hybelprosjekt. ...Og det tenker jeg er på bakgrunn av Folkehelseinstituttets kommunebarometer, og de ser at frafallet er høyt (intervju 08.01.14)

I hybelprosjektet ble det tilrettelagt for ulike typer sosiale arenaer for ungdom som bor på hybel. Den viktigste arenaen var matlaging. Andre kommuner omtaler ikke sitt arbeid for å redusere frafall like eksplisitt, men 10 av 12 nevner at de enten samarbeider med NAV om dette eller med fylkeskommunen.

Det er nok en ikke ubetydelig «spillover»-effekt fra det arbeidet som gjøres på fylkeskommunalt nivå til arbeidet med helsefremmende skoler og barnehager som kommunene omtaler som viktige tiltak. Det legges blant annet vekt på at det er et

samfunns mål å øke andelen som fullfører videregående skole og at dette arbeidet begynner allerede i barne- og ungdomsskolen. For eksempel har en kommune tatt i bruk et kunnskapsbasert foreldreveiledningsprogram på alle trinn, men ellers latt dette arbeidet være skolebasert og variere mellom skoler (intervju 18.12.13). I andre kommuner organiseres dette arbeidet via skolehelsetjenesten som koordinerer tiltak mot frafall. Dette inkluderer prosedyrer for oppfølging hvis noen har mye fravær i grunnskolen.

En kommune viser til at arbeidet med frafall begynte etter et landsomfattende tilsyn i 2008 da de fikk påvist avvik angående helhetlige tjenester til barn og unge. Da inngikk de i et samarbeid med andre kommuner i regi av KS:

Vi skårer dårlig på frafall.... Og vi ligger lavt på utdanning og høyt på unge uføre når man ser på folkehelseprofilen Definitivt er det en del av vår utfordring. Vi har lagt spesiell vekt på dette med frafall i kommuneplanens samfunnsdel (intervju 12. 11. 13).

I denne kommunen resulterte akkurat dette initiativet i et gjennomgående tverrsektorielt samarbeid av typen «familiens hus». Denne kommunen, samt fire andre, satte i verk et tiltak med fokus på læringsmiljø, som konkret tar opp læring, motivasjon og læreren som leder i klasserommet. En poengterer at det er et regionalt samarbeid som også involverer en høyskole. Disse, men også flere kommuner, peker på at det er gjennomført elevundersøkelser som tar opp trivsel i skolen og det er gjennomført en ungdomsundersøkelse. Med utgangspunkt i slik kunnskap arbeidet de blant annet med tiltak for å få til gode overganger mellom skolenivåene (intervju 12.11.13, 08.01.14).

En annen kommune tok utgangspunkt i at fylket hadde funnet ut at så mange som 75 % av skoleelevene skulket gym-timer og at det generelt var lavt utdanningsnivå i kommunen. Dette var tema det var lite kunnskap om hvordan de skulle gripe an og det var ikke satt i gang noe tiltak (intervju 1 16.12.13). Enda en kommune tok fram dette:

Ja, vi vet at drop-out i gym er et faresignal for hvordan de får det som voksne, så da ønsker vi å nå dem tidlig, så å nå dem i barneskolen er viktig. Skolefravær, og en

gymskole i fravær blir til hele dagen, og plutselig får du et skolefravær (intervju 27.11.13).

Fordi kommunen også hadde kunnskap om at det er sterk sammenheng mellom ikke fullført skole og dårlig helse, var ønsket å sette i gang tiltak som kunne hjelpe barn og unge til å mestre skoledagen. Det dreier seg om tiltak for å gjennomføre barne- og ungdomsskolen og deretter bli i stand til å fullføre et videregående skoleløp:

...ja, og det er ikke mye forskning som er gjort på drop-outs, men det er helt klare sammenhenger på at de som kommer best rustet fra grunnskolen, de med størst mestingsfølelse, de er de som gjennomfører videregående skole (ibid).

En av nøklene ligger i å jobbe i forhold til skole, mente intervjupersonene, og i to kommuner refereres det eksplisitt til forskning gjennomført av Thomas Nordahl. Kunnskapen han har kommet fram til ble brukt som et premiss for egen tenkning om frafallstemaet. En kommune viser til at fraværet i kommunens skoler er høyt og at dette ligger over landsgjennomsnittet. For å komme i inngrep med problemet er det gjennomført en undersøkelse, trolig en ungdomsundersøkelse, der det kom fram at det er dårlig psykisk helse blant kommunens ungdomsskoleelever. Ungdommene opplever håpløshet og ensomhet og det har vært en liten økning i dette fra 2010. Kommunen har arbeidet med «Ny Giv», men det er begynt å bre seg en oppfatning om at det ikke er tilstrekkelig:

Vi har arbeidet med ungdommer ned til 14 år. Når vi spør dem om når ting begynte å skjære seg, så sier de 3. – 4. klasse, det var da det for alvor begynte. [Hva gjør dere da, når dere får høre at fra 3. – 4. trinn, at det er da det begynner?] jeg tenker vi må agere tidligere. Det er det vi sier nå hele tiden. Vi må forebygge mer (intervju 22.11.13).

Over ble det vist til at 10 av 12 kommuner samarbeidet med NAV eller fylkeskommunen om frafall i videregående skoler. Fire av kommunene er klare på at NAV er med i tverrsektorielle grupper, 8 mener de har tiltak for å motvirke frafall der NAV er involvert, men er likevel uklare på hvilke dette er:

NAV er med på det, og Nav har mer fokus på det nå enn før. Opptatt av å aktivisere (de inaktive), har et dagtilbud til dem (intervju 27.11.13).

I en kommune er intervjupersonene helt klare på at det er vanskelig å få NAV på banen og at det er foreslått linjer det er mulig å arbeide gjennom:

Vi sier det samme og oppfatter det samme, men det å iverksette tiltak er jo... vi har pekt på noen linjer... bruk av integreringspenger, for eksempel, om de skal gå til passiv sosialhjelp eller om vi skal prøve å snu den utviklingen. Putte dem i noe aktivitet (intervju 22.11.13).

I en av kommunene pekes det på at det viktigste kommunene gjør for å styrke arbeidet mot frafall er å stille med lærlingplasser der de kan, samt arbeide for at det skal være kontakt mellom videregående skoler og det lokale næringslivet. Slik kontakt tar form av at elever kan være i utveksling i bedriftene eller det legges til rette for at det kan etableres elevbedrifter (intervju 09.01.14).

Andre kommuner vil mobilisere frivilligheten gjennom frivillighetssentralen og bruke den som et arbeidstiltak og springbrett ut i samfunnet for ungdom. Dette nevnes av fire, men eksemplifiseres kun av to. Oppdrag ungdommen kan få, er å fylle på strøbøtter og måke snø om vinteren og hjelpe til med hagearbeid om sommeren. Det arbeides også med å gi ungdom erfaring fra gårdsarbeid for å holde på dem ut ungdomsskolen. En av kommunene som eksemplifiserer mener den har hatt gode resultater fra arbeidet og at frafallet på videregående skole er redusert som følge av prosjektene (intervju 1 og 2 16.12.13).

Kommunale prosjekter har navn som «Talenter for framtida», «Bro mot arbeidslivet», «Framtida er nå», «Ung og unik», «Ny Giv», «Fram-prosjekt», «Frafall i skolen», «Arbeidstiltak gjennom NAV», «Opplæring for skoletrotte», «Praktisk rettede fag i u-skole», «NAV-team for unge uten jobb», «Oppfølgingsteam».

Tiltak ser ut til å være organisert innenfor de kommunale skoletjenestene, eventuelt innenfor rammene av helsefremmende skoler. Oppfølgingsteam (OT-team) er den mest vanlige benevnelsen.

Det kan se ut til at kommunene fortsatt arbeider en del med å anerkjenne at det er problemer med fravær og frafall i skoler. Folkehelseprofilene gir oversikt over hvor mange som trives i skolen, som føler seg mobbet og som faller ut av videregående. Kommunene iverksetter tiltak for å hindre deler av dette, men det kan se ut til at tiltak ikke alltid er helhetlig iverksatt. Dvs. noen har tiltak mot mobbing, andre har tiltak for trivsel, noen har tiltak for å styrke kroppsvøvingfaget. Dette styrkes ved å bedre kompetanse hos kroppsvøvinglærere og instruktører i idretten.

Når kommuner og skoler fokuserer på helsefremmende skoler ser det ut til at de plukker fra en meny av tiltak uten å tenke helhetlig. Samtidig er dette inntrykket ikke fullstendig enhetlig og i et fylke ble situasjonen beskrevet på denne måten:

[Er alle kommunene i fylket i gang med arbeid mot frafall eller er det bare de som har videregående skoler?] Det er noe som alle er opptatt av. Nå som vi har forhandlingsmøter med alle kommuner, også de fire som til nå ikke har hatt avtale, så er det et fast tema på alle møtene. Fordi at det man diskuterer det er at disse som får frafall i videregående, ofte så starter problematikken lenge før. Så det er noe som du som kommune som har ansvaret for grunnskolen er vel så opptatt av, og de ser jo problematikken. De som kommer tilbake, som faller ifra, og som kanskje har bodd på hybel og, ja, gir opp og kommer tilbake til de her kommunene som de bor i, da. Og det er ofte problematisk i forhold til jobbsituasjoner og forskjellig sånt (intervju 18.11.2013).

3.5.3 Frisklivssentraler

Frisklivssentraler er i utgangspunktet et selektivt tiltak for voksne over 18 år. Helsedirektoratet har en hjemmeside der det lenkes til kommunale frisklivssentraler. Der ligger det en oversikt over etablerte sentraler i dokumentet "Frisklivssentralen, etablerte frisklivssentraler i 2013". Der kommer det fram at 160 norske kommuner har tilgang til slik sentral, enten ved at de har etablert en selv, eller ved at de deltar i et interkommunalt samarbeider som gir dem tilgang til sentral. Ti av de tolv kommunene denne undersøkelsen omfatter har frisklivssentral. En har hatt sentral

lenge, mens en etablerte sin i 2011, og en har nettopp etablert den som prosjekt som foreløpig skal gå et år. De to kommunene som ikke har, framhever at de har tiltak som omfatter fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt, og i den ene kommunen ble det påpekt at frisklivssentraler ikke plasserte seg innenfor folkehelsearbeidet slik de definerte det (intervju 2 16.12.13, 09.01.14). Andre kommuner problematiserte ikke et skille her. De pekte på at det hadde vært et skifte i den statlige politikken der frisklivssentralene ble løftet fra fylkeskommunene og det arbeidet disse gjennomførte for å understøtte kommunalt folkehelsearbeid, til fylkesmannen. Dette plasserte, etter deres mening, frisklivssentralene ganske klart innenfor helsetjenestene og deres forebyggende og rehabiliterende arbeid. Veilederen som er laget understreker ikke denne tilknytningen for lokale frisklivssentraler, men viser til at de reguleres av Lov om helse- og omsorgstjenester (Helsedirektoratet 2013). I en fylkeskommune ble frisklivssentraler omtalt slik:

Etter at folkehelseloven kom så var jo frisklivs-sentralen definert som en helsetjeneste og en del av helse- og omsorgstjenesteloven. Så frisklivssentralene er ikke en del av det folkehelsearbeidet som folkehelseloven beskriver. Ansvar for oppfølging av frisklivssentralen er jo lagt til fylkesmannen og ikke fylkeskommunen. Fordi det er en helsetjeneste. I mange kommuner er det glidende overganger. Fordi i kommunene hvor folk bor, om de får tjenester etter omsorgstjenesteloven eller folkehelseloven, ja det har jo en del å si, men folk er folk, så om frisklivs-sentralene er et kompetansesenter for levevaner, så har jeg inntrykk av at det bare bygger oppunder folkehelsearbeidet. Og ikke er noe konkurrerende på noen måte, men det er helsesektorens bidrag til folkehelsearbeid, sammen med helseovervåkning og andre tiltak. Og at de som jobber på frisklivssentralene har et stort engasjement for folkehelse generelt og er ressurser inn i det brede folkehelsearbeidet. Så jeg ser dette bare som utfyllende aktivitet. Jeg tror ikke det blir oppfattet noe annerledes heller. Jeg har ikke fått høre noe om det i hvert fall (intervju 14.11.2013).

Frisklivssentralene driver sekundær- og kanskje til og med tertiærforebygging. Arbeidet i sentralen er i stor grad fysisk

aktivitet, kostholdsveiledning og røykesluttkurs, noen arbeider opp mot psykisk helse og tilbyr tiltak som kurs i depresjonsmestring. Sentralene er oftest rettet inn mot voksne som er i behov av å endre sine levevaner. I kommunene i vårt materiale som har sentral er det etablert henvisningsordninger der først og fremst fastleger og andre kommunale instanser, som helsestasjon og barnehager, kan henvise brukere til frisklivssentralen (intervjuer 08.01.14, 18.12.13, 07.01.14). For å etablere tiltak som er tilpasset henvisning fra helsestasjon og barnehager etableres det tiltak som «Friskliv familie» «Friske familier» samt «Friskliv barn og unge». Slike tiltak etableres ut fra en erkjennelse av at nå som helsestasjonen skal gjennomføre veiing og måling, så må det for eksempel være tiltak å henvise brukere til hvis det avdekkes problemer med fedme eller annet. Hvis problemet knyttes til kosthold defineres det som et problem for hele familien, ikke bare det enkelte barnet eller den unge (intervju 22.11.13, 28.10.13, 16.08.13). Tre av kommunene som har etablert sentral påpeker at det er problemer med rekruttering av brukere til dem.

Sentralene har også treningsopplegg og det er tanken at de som henvises kan trene der i tre måneder og så sluses ut til tiltak i nærmiljøet. Derfor bør frisklivssentralen ha som en av sine oppgaver å ha oversikt over tiltak i kommunene som henviste til frisklivssentralen kan sluses ut til etter at deres periode i sentralen er avsluttet (Helsedirektoratet 2013). Derav også benevnelsen sentral (Holm mfl 2013). I en kommune ble det omtalt på denne måten:

Den er etablert med prosjektmidler..., men den er i drift. Vi skal prøve ut frisklivsresept, og få oversikt over gode ting som skjer i kommunen (intervju 12.11.13).

For å få oversikt over gode ting i kommunen har sentralene tett samarbeid med det frivillige segmentet i kommunen. Det dreier seg om kultur, friluftsliv og idrett. Det fokuseres på dette i arbeidet i de kommunene med sentraler. I en kommune omtales det på denne måten:

Vi bruker jo frivillige i høy grad .. og hadde vi ikke det, hadde ikke frisklivssentralen bestått. .. Sånn at uten frivillige hadde den delen av folkehelsen ligget dødt .. vi er helt avhengige av frivillige (intervju 07.01.14)

Kommunene er i følge lov om helse- og omsorgstjenester pålagt å ha forebyggende tiltak ut over de tiltakene som tilbys fra helsestasjons- og skolehelsetjenestene. Veilederen peker på at etablering av sentral er en måte kommunene kan oppfylle sin plikt knyttet til loven. Den viser til at tiltakene den anbefaler at kommunene legger til frisklivssentralen er kunnskapsbaserte og den viser til hvordan det kan argumenteres overfor beslutningstakere for å få dem til å vedta at sentraler skal etableres. Det innebærer å forankre sentralene i kommunale budsjetter:

Forrige rådmann gjorde, heldigvis for oss da, en liten feilvurdering ved at han sa a vi skulle få penger fra samhandlingsreformen til det. ... Det var en stilling første året, og nå er det nettopp startet to til. Det er et sjeldent eksempel på at en utredning og en anbefaling tvert blir faste stillinger, og ikke prosjekt (intervju 22.11.13).

I de fleste kommunene har sentralen startet som et prosjekt, og som et folkehelseiltak, men til forskjell fra andre prosjekter har det vært mulig å gjøre dem permanente ganske raskt. Dette kan skyldes at den er regulert av Helse- og omsorgsloven.

En kommune som har etablert sentral kaller den et frisklivs- og mestringssenter. Der er det for eksempel kurs for kolspasienter som skal lære å mestre og leve med sykdommen, samt kurs for voksne og barn og unge på levevaner og endring av livsstil:

Det går på det store problemet rundt livsstilsproblematikk og levevaner, konsekvenser av levevanene, som er den største helseutfordringen vår. Og i den forbindelse er det etablert et frisklivs- og mestringssenter ... Så der er det tilbud til voksne og de som blir henvist, da. Det er jo henvisningspraksis. Og så er det også for barn og ungdom, og familier da. Og nå er det vel 10 – 12 ungdommer der, sånn i 15 til 18-årsalderen. Som er henvist fra fastlege og helsestasjon (intervju 27.11.13).

Endring av levevaner er tema for evalueringer av folkehelseiltak og en av grunnene til at dette er kunnskapsbasert. En oversiktsstudie av Allison et al. (2010) omfattet 25 randomiserte og kontrollerte studier som vurderer effekt av likemannsbaserte

intervensjoner med fokus på helserelatert atferd hos voksne. Den fant at slike intervensjoner fremmet viktige endringer i helserelatert atferd som fysisk aktivitet, røyking og kondombruk, men at de kun hadde liten til medium effekt. Evidensen var likevel blandet, det vil si at noen grupper skårte bedre enn andre og dette kan skyldes at studiene som inngikk var ulike mht metode, hvor mange som inngikk og andre variabler. At kommunene etablerer frisklivssentral er i tråd med at de oppfatter levevaneteamene fysisk aktivitet, ernæring og tobakk blant sine største folkehelseutfordringer (tabell 3.2).

3.6 Tiltak for eldre

Alle kommuner arbeider med tjenester for eldre og det gjøres mye. En del tiltak er av nyere dato, for eksempel rehabilitering og hverdagsrehabilitering, mens andre tjenester har kommunene tilbudt en stund, som for eksempel sosiale møteplasser for eldre. Hverdagsrehabilitering har vokst fram fra tanken om at eldre og andre skal mestre eget liv: fra å bo lengre hjemme, som var tanken på 1990-tallet, til å være lengre til stede i eget liv (Kjellberg 2012). Sosiale møteplasser kan vær en del av dette. Det er ikke lovpålagt for kommunene å tilby det, men kan leses inn i Helse- og omsorgslovens bestemmelser om å fremme sosial trygghet og forebygge sosiale problemer (§1-1)samt om sosiale habilitering og rehabilitering (§3-1). Det er også en forskrift, Verdighetsgarantien, som peker på at de som mottar omsorgstjenester også har rett på muligheter for samvær og sosialt fellesskap (Bakken og Disch 2010). I 2012 var det omlag 235 000 hjemmeboende som mottok tjenester og av disse var det 9 prosent som mottok ”dagsenter” som tjeneste. Det utgjør like i underkant av 20 000 personer og av disse var 11 000 over 67 år, mens noe i overkant av 8000 var under (Mørk mfl 2013). Det innebærer at på langt nær alle kommuner nødvendigvis tilbyr en sosial møteplass i form av et dagsenter eller eldresenter, samtidig er dette et forholdsvis innarbeidet tiltak i kommunene. Vi har ikke noe grunnlag for å si at det er utbredt eller ikke.

I en litteraturstudie finner forfatterne ikke helseeffekter av å benytte eldresentre (Håvelsrud mfl 2010), men de finner at fysisk treningsprogram ved eldresentre kan forbedre balanse og gi økt muskelstyrke. Trening er fallforebyggende og slikt arbeid har det

vært oppmerksomhet mot siden tidlig på 1990-tallet da det ble gjennomført og evaluert prosjekter i kommunene. Fallforebygging har dokumenterte effekter (Helsedirektoratet 2013a). Både dagsentra og fallforebygging er en del av det som kalles ”Aktiv omsorg” og det kan se ut til at spesielt fallforebyggingen er integrert og aktiv del av kommunale hjemme- og institusjons-tjenester (Meld. St. 29 2012-2013). Vi har ikke funnet kvantitative data angående dette, men det er grunn til å tro at de fleste kommunene arbeider med fallforebygging. Et utvalg av tiltak våre fokusgruppeintervjuer viser pågår i kommunene vises i tabell 3.10.

Tabell 3.10 *Universelle tiltak for eldre*

Universelle tiltak for eldre:

Aktivitetssenter 67 +
Helsestasjon for eldre
Hjemmebesøk 65 +
Hjemmebesøk 80 +
Kulturell spaserstokk
Rullatorfestival
Seniordans
Senioruke
Sittedans
Sosiale møteplasser (Dagsenter, seniorsentre, utegrupper)
Stavgangskurs
Trening 60 +
Trimgrupper (seniortrim)

Deler av dette arbeidet gjennomføres i samarbeid med frivillige aktører, som dans og trim. I noen kommuner arrangeres også møteplasser i samarbeid med frivillige, mens andre tiltak foregår innenfor hjemmetjenestene.

Vi har ... en gågruppe. ... Det tar lang tid før slike grupper etablerer seg og det er litt viktig å følge dem opp i begynnelsen. [Er det avhengig av ildsjeler, tror du?] Jeg vet ikke. I de gruppene der det er mange som går, så tror jeg kanskje ikke det er så avhengig av det. De tar litt over for hverandre (intervju 05.11.13)

Dette er et universelt tiltak med en frivillig gruppe som en gang var startet opp av kommunen Etter hvert var den blitt selvorganiserende. Kommunen visste om den, det gjorde også frisklivssentralen, slik at eventuelle nye medlemmer kunne få kunnskap om den.

To kommuner påpekte at de har et åpent treningstilbud for eldre 65 +. I den ene er det ledet av en fysioterapeut og åpent to ganger i uken Det arrangeres i samarbeid med frivillige (intervju 2 16.12.13, 08.01.14). I en annen kommune var slik trening i oppstarten og fysio-ergoterapitjenesten driver opplæring for frivillige som kan drive treningsgrupper for eldre 65 + (intervju 27.11.13).

Det er en kommune som peker på at deres møteplass for eldre er plassert innenfor avdelingen kultur og fritid, ellers er slike møteplasser en oppgave som er lagt til avdelinger og enheter som har ansvar for hjemmetjenestene.

Tre kommuner arbeider systematisk med hjemmebesøk til alle hjemmeboende eldre som ikke får tjenester. Andre kommuner omtaler at dette er de begynt å tenke på. Det er frivillig for eldre i kommunene å få slikt besøk og ikke alle ønsker det. Hva som er aldersgruppen for besøk varierer. Det nevnes både 80, 75 og 72 år. Hjemmebesøk oppfattes som et primærforebyggende tiltak der det gis informasjon og der det snakkes om den Eldres situasjon mht brannforebygging, kosthold og fallforebygging, samt hvilke muligheter det er for å være aktiv på dagtid (intervju 08.01.14).

Tabell 3.11 *Selektive tiltak for voksne og eldre*

Voksne:

Aktivitetsgruppe for psykisk syke
 Bosatt (rus, psykisk syke)
 Frisklivssentral
 Gjeldsrådgivning
 Helseuke for innvandrere
 Svømming for minoritetskvinner
 Tiltak for vanskeligstilte på arbeidsmarkedet

Eldre:

Dagrehabilitering
 Diabetespoliklinikk
 Ernæring i institusjon
 Fallforebygging ("Fritt for fall", tilrettelegging av bolig, "Trygg på to bein", fysisk aktivitet for å unngå fall)
 Hjemmerehabilitering
 Hukommelsesteam
 Mestringstilbud til

kolspasienter Trygghetsterapeut

Til tiltakene for eldre som det er vist til her benytter kommunene seg av henvisning. I en kommune henvises det via bestillerkontoret, i andre kommuner er det hjemmesykepleien som henviser eldre brukere til selektive tiltak (intervju 05.11.13, 09.01.14). Rehabilitering ser ut til å være et tiltak som er kommet på dagsorden i forbindelse med samhandlingsreformen, det oppfattes som en suksess:

Vi har fått til noe. Vi har et forebyggende team for eldre som har blitt opprettet av ergoterapiavdelingen for å forebygge fall og at folk kan bo lenger hjemme. Det har vi fått inn i vanlig drift. ... Suksessen ligger i kombinasjonen hjemmerehabilitering og dagrehabilitering. Kombinere det i en tidlig fase. Det er essensen i det. Evaluering viser at det har vært en suksess (intervju 12.11.13)

... har fått penger til å starte hverdagsrehabiliteringsprosjektet. Det er noe alle kommuner holder på med. Veldig hot nå. KS har gått hardt ut for at vi skal drive med det. Og det har fått mange ulike utforminger rundt omkring, men det er noen som har laget et sånt lavterskeltilbud. Så snart du fyller 72, så kommer noen på døren til deg og du må på en måte si aktivt nei takk hvis de ikke skal komme (intervju 11.12.13)

I en av kommunene hadde hjemmetjenestene begynt å henvise eldre til frisklivssentralen for at de skulle få et treningstilbud. Argumentet for å gjøre dette var dårlig oppslutning blant de gruppene den opprinnelig skulle tilby tiltak til (intervju 05.11.13).

Fallforebygging har det vært arbeidet en del med i Norge og det er laget flere rapporter, for eksempel Bergland og Narum 2010 og 2011, som viser til hvordan det kan arbeides med dette. Det er kunnskap som viser at 80 % av alle skader og ulykker blant eldre skyldes fall og at dødelighet etter hoftebrudd er høy (Helsedirektoratet 2013a). Hjemmebesøk er det foreløpig ikke norske studier av, det er påbegynt et prosjekt som skal være ferdig i 2014 og som involverer 6 kommuner (ibid). Intervjupersonene kjenner ikke til norske evalueringer av dette, men hjemmebesøk er

evaluert i Sverige og intervjupersonene refererer til at dette følger de med på. Hjemmebesøk og fallforebyggende arbeid ses i sammenheng. Helsedirektoratet redegjør i sin rapport for gjennomførte norske prosjekter.

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/fallforebygging-i-kommunen/Sider/default.aspxfallforebyggende>

I to kommuner mente intervjupersonene at fallforebygging, og spesielt hoftebrudd, er et av de tiltakene der det er mulig å gjøre kost-nytte-vurderinger. Det er gjort beregninger av hva et hoftebrudd koster og ut fra det kan kommuner utarbeide hva de sparer på å unngå et gitt antall slike brudd (intervjuer 07.01.14, 08.01.14).

Kommunene har også selektive tiltak for andre grupper enn eldre. Spesielt dagtilbud for psykisk syke ble nevnt i intervjuene. Ellers er det en del av de selektive tiltakene rettet mot voksne som går direkte på fattigdomsproblematikk og det er tiltak som er rettet mot grupper med innvandrerbakgrunn, spesielt kvinner.

4 Målgruppestrategier i kommuner

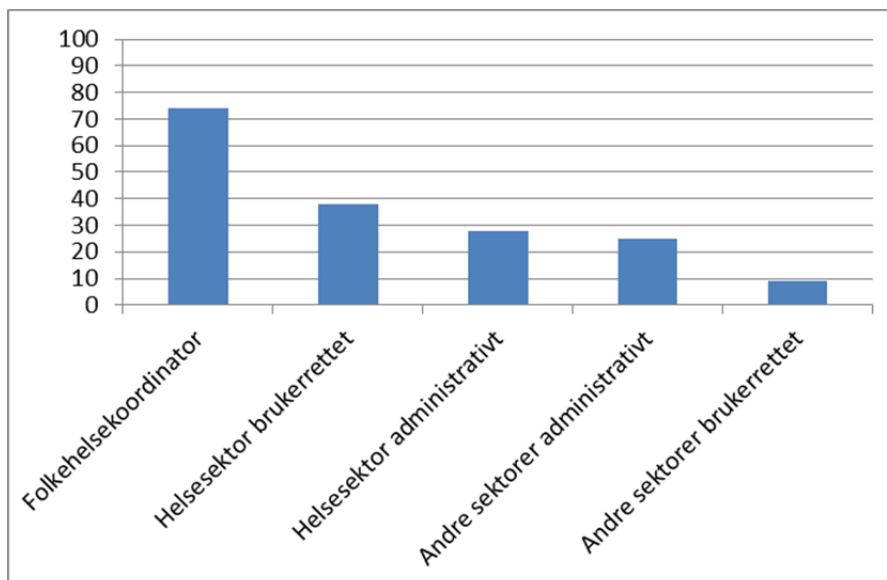
Målgruppene kommunen har for sitt folkehelsearbeid er altså hele befolkningen, samt grupper av befolkningen som barn og unge og eldre. Disse håper kommunene og nå ved å iverksette tiltak rettet mot hele befolkningen, samt tiltak som fokuserer de forskjellige levevanene. Tiltak iverksettes på universelle arenaer som skoler, barnehager og anlegg for fysisk aktivitet og annet, samt i samarbeid med frivillige organisasjoner. De iverksettes også på mer selektive arenaer som frisklivssentraler eller kurs og tiltak rettet mot spesielle grupper. I dette kapitlet skal vi først se litt på folkehelseemaene som er integrert i kommunale planer. Dernest skal vi gå inn på hvor utbredt det er med tverrfaglig samarbeid og hvilke enheter som deltar i dette. Til sist skal vi se på hvilke enheter som har det delegerte ansvaret for folkehelse.

4.1 Delegert ansvar for folkehelse i kommunene

Helsefremming og forebygging er brede tema og folkehelseloven styrker definisjonen av folkehelse som kommunens ansvar, samt at den presiserer kommunenes rolle i dette arbeidet. Fokusgruppeintervjuene vi har gjort viser imidlertid også at disse to temaene kan ses som forskjellige temaer som det arbeides med på ulike måter knyttet til ulike sektorer av kommunal politikk. Folkehelse knyttes da til folkehelseloven og dens bestemmelser om oversikt over helsens påvirkningsfaktorer og plan- og bygningslovens bestemmelser om inkludering av folkehelse i planlegging. Forebygging knyttes til lov om helse- og omsorgstjenester i kommunene og defineres i stor grad som et helsespørsmål.

Folkehelsekoordinatorens forankring i den kommunale organisasjonen kan si noe om hvilken sektor i kommunene som har det delegerte ansvaret for folkehelse og forebygging.

Figur 4.1 *Folkehelsekoordinators sektortilknytning* N=247, 241



Kilde: Helgesen og Hofstad 2012:65-70

Figur 4.1 viser at 74 % av kommunene har en folkehelsekoordinator. Av disse arbeider 38 % i en brukerrettet stilling i helsesektoren, dette er oftest i friskliv, fysak, helsestasjon eller skolehelsetjenesten, men inkluderer også rehabilitering/habilitering, psykisk helsearbeid, institusjonstjenesten og hjemmetjenesten. Andelene som arbeider i de to siste er veldig liten, men de er representert. 28 % har en administrativ stilling i helsetjenesten. Dette viser at folkehelse er lagt til stillingen som enhetsledere, kommuneleger, prosjektledere for samhandlingsreformen og annet helseorientert arbeid. Av andre sektorer er det oppvekst, kultur og idrett, planlegging og rådmannens stab som er vertssektor for folkehelsekoordinatorer. I teknisk avdeling er det bare en kommune som mener koordinatoren bør være plassert. Det er 25 % av koordinatorene som arbeider administrativt i andre sektorer, mens det er 9 % som arbeider brukerrettet utenfor helsesektoren. Dette er oftest i skoler. Dette viser at helsesektoren

dominerer som den sektoren som tar seg av arbeid med helsefremming og forebygging. Det kan implisere at tiltakene blir fokusert på utfordringer som kan løses innenfor denne sektoren og det er ekstra tydelig når folkehelsekoordinatoren arbeider i friskliv eller fysak. Her er fysisk aktivitet og andre levevanetemaer fokus og hvis tiltakene er definert på denne måten vil også målgruppestrategiene, definisjonen av hvem som utgjør målgruppene samt arbeidet for å nå dem, være sterkt preget av helsesektoren og levevanetemaene.

Helsesektoren har lovpålagte oppgaver innenfor forebygging, helsestasjon og skolehelsetjenesten er slike oppgaver, men lov om helsetjenester i kommunene spesifiserer at kommunene skal ha forebyggende tiltak som går ut over disse. Dermed er det flere typer tiltak som er lovpålagt uten at loven spesifiserer hvilke dette er eller hvordan de kan løses. Det er altså opp til kommunene å bestemme. Materialet fra fokusgruppene nyanserer dette bildet noe og viser til at kommunene har begynt å tenke noe annerledes omkring forankring av folkehelse og folkehelsekoordinatoren i den kommunale organisasjonen:

Et lite paradoks i forhold til midler til forebyggende, som beviser at dette var noe nytt, er at mye av 2012 gikk på: hvor skal folkehelsearbeidet forankres? Og helt naturlig, uten å tenke seg om, så var det hos helse- og omsorgssjefen. Men hvorfor i all verden skal det havne der? ... Og sånn ble det i forhold til forankringen: selvfølgelig ble det forankret hos sjefen for plan (intervju 12.11.13)

...for det blir helt feil å organisere en folkehelse-koordinator inn under helse. Det var jeg veldig i mot, og jeg som kommuneoverlege skulle ikke være noe sjef eller i linje over deg. Det syntes jeg var viktig, for det skal være like mye folkehelse i alle sektorene. Og det er det som er den store utfordringen (intervju 09.01.14)

I disse kommunen var det etablert en stilling for folkehelsekoordinator, i en annen kommune var koordinatorstillingen innstilt på budsjettet for 2014:

Folkehelsekoordinatoren er tenkt på overordnet nivå, ikke sant? ...Det får vi se. Det er ikke bestemt hvor

den skal være. Men det er klart den må være overbyggende for alle tjenester, for vi snakker blant annet teknisk nå. Så koordinatoren må nok sitte litt mer sentralt enn ute på enhetene (intervju 27.11.13)

I og med at stillingen skulle etableres var det naturlig at slike overlegninger ble gjort. Alle sitatene viser til at koordinatoren har oppgaver som ikke kan løses fra en enhet, og at stillingen derfor må forankres høyere i organisasjonen. 8 av de ti kommuner som har folkehelsekoordinator har forankret stillingen i stab hos rådmannen eller den er i en avdeling som også arbeider med planlegging. I den ene begrunnes det på denne måten:

Stilingen min er plassert under rådmannen og under kommunalsjef oppvekst og kultur. Så plassering er viktig med tanke på at man skal ha en forankring øverst. I andre kommuner kan folkehelsekoordinatoren være plassert litt rundt om kring, og det er lite hensiktsmessig hvis man skal få forankret tankgangen, bevisstheten og ansvarliggjøringen (intervju 1 16.12.13)

En kommune har flyttet koordinatorstillingen fra planavdelingen til en virksomhet for folkehelse. Den nye forankringen ble vurdert på ulike måter, men koordinatoren selv mente planavdelingen var et bedre utgangspunkt for å legge betingelser for folkehelsearbeidet (Intervju 2 16.12.13).

4.2 Tverrsektorielle arbeidsgrupper

Folkehelsearbeid, slik det er definert siden det kom inn i lovverket i 1987 som et ansvar for hele kommunen, er tverrsektorielt i karakter. I baselineundersøkelsen spurte vi derfor kommunene hvilke kommunale tjenester som hyppigst var medlem av tverrsektorielle arbeidsgrupper der folkehelse er tema. Svarene fordelte seg som i tabell 4.1.

Tabell 4.1 *Tverrsektorielle arbeidsgrupper og kommunale enheters deltagelse. Prosent, hele tall i parentes (N=316)*

Grad av deltakelse/ kommunal enhet	Stor og middels grad	Liten grad	Uaktuelt/ vet ikke
Helsestasjon/ skolehelsetjenester	82 (259)	13 (42)	5 (15)
Kultur/idrett	74 (233)	20 (62)	6 (20)
Skoler	69 (291)	23 (72)	8 (25)
Psykisk helsearbeid	67 (201)	29 (91)	8 (23)
Rusarbeid	56 (177)	35 (108)	9 (29)
Rådmannens stab	56 (176)	32 (101)	12 (37)
Barnehager	55 (174)	33 (105)	12 (36)
Pleie- og omsorg	53 (167)	39 (121)	10 (32)
Plan/miljø/teknisk	47 (150)	40 (125)	13 (40)
Samfunnsutvikling	45 (141)	31 (96)	24 (75)
Interkommunal enhet	38 (116)	20 (64)	42 (134)
Barnevern	36 (114)	46 (146)	18 (56)

- 82 % av kommunene mener at helsestasjon og skolehelsetjeneste deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper

Helsestasjon og skolehelsetjeneste skårer høgt på dette spørsmålet. De er også de tjenestene som har lengst tradisjon for å være definert som forebyggende tjenester ettersom det har vært en plikt for kommunene å tilby slike tjenester siden første halvdel av 1970-tallet. Hjelpetjenesten PPT var ikke en del av vårt spørsmål i 2011, men hvis den hadde vært inkludert er det grunn til å tro at den ville skåret høyt (Helgesen 2013). Hjelpetjenesten barnevern yter selektive tiltak til sårbare grupper og enkeltpersoner, men skårer lavest på spørsmålet om deltakelse i tverrfaglige arbeidsgrupper. Ettersom barnevern mobiliseres i mange kommuner mht tidlig intervensjon overfor sårbare barn og unge kan dette skyldes at barnevernets tjenester ikke defineres innenfor sekkebegrepet folkehelse.

Helsestasjonen samarbeider i en del kommuner i fokusgruppe-studien tett med barnehagene, men disse skårer likevel lavt mht til deltakelse i tverrfaglige grupper. Skolene skårer noe høyere, men burde kanskje skåret enda høyere ettersom de samarbeider med skolehelsetjenesten.

Det antas at tverrsektorielt samarbeid er avhengig av kommunal administrativ organisering, der en forholdsvis flat struktur, men med kommunalsjefer, legger bedre til rette for samarbeid mellom tjenester enn andre modeller (Hanssen og Helgesen 2012). Alle kommunene i materialet har en slik organisasjonsmodell, og i noen kommer initiativene til samarbeid fra den kommunale ledelsen (intervju 2 16.12.13, 07.01.14, 08.01.14). Alle kommunene i materialet har en eller annen form for tverrsektorielt eller tverrfaglig samarbeid. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten samarbeider altså mye, og de samarbeider med andre tjenester og i fokusgruppeintervjuene ser vi at barnevern er en del av dette:

... vi har noen tverrfaglige team som er .. faste aktører er skole, barnehage, barnevern, helsestasjon ... hele spekteret både internt i kommunen og de som arbeider andre steder. Vi har en møtesyklus som er hver 2. eller 3. uke. Det er fast og da møter vi ute på skolene med ungdomsteamet og så er det litt forskjellig for småbarnsteam og barneteam (intervju 22.11.13).

I denne kommunen ser det ut til at tverrfaglige team brukes inn for å fatte beslutning om det skal iverksettes selektive tiltak i konkrete situasjoner der problemer er meldt. Teamene fungerer slik:

Det er en leder for hvert team. Da ber vi om at sakene meldes på forhånd slik at en kan være godt forberedt. Så ønsker vi fortrinnsvis at det er drøftet og at det er bedt om samtykke fra foreldre og de involverte til å snakke åpent om saken. I enkeltsaker har foreldre og barn også mulighet til å være med i møtet. Så er det å drøfte hva dette handler om og hvem det er som bør involveres i den enkelte saken. Så følger vi opp senere at ting faktisk har skjedd (intervju 22.11.13).

Dette er et meldingsmøte for barnevernet av den typen som anbefales brukt i veilederen ”Fra bekymring til handling” (Helsedirektoratet 2010b), altså samarbeidet foregår i stor grad i tilknytning til enkeltindivider som har observert problemer – individnivå. Samtidig er denne kommunen innovativ i løsninger for samarbeid mellom barnehager og helsestasjon, der det arbeides med prosjekter for observasjon av grupper av barn. Yrkesgrupper og tjenester som deltar er barnevern, helsestasjon, ergoterapeut,

fysioterapeut, PPT. Det er gode erfaringer med dette samarbeidet både fra tjenestene selv som opplever at de blir bedre kjent med hverandres arbeidsform og innhold i tjenestene, og hos foreldre som opplever de konkrete resultatene fra samarbeidet.

Andre kommuner (5) har samarbeid som er utformet for å fungere på systemnivå og etablering av diverse former for familiens hus eller familiesentre er gjennomført av flere:

Og så er det samarbeidsprosjekt mellom helsestasjon, skolehelsetjenesten, barnevernstjenesten, ungdomskontakter, ergoterapitjenesten, helsetjenester-hjem og flyktningetjenesten (intervju 12.11.13).

Dette samarbeidsprosjektet er formalisert i en form for «familiens hus». Det konkrete huset mangler fortsatt, men ideen er iverksatt etter en prosjektperiode. En annen kommune har kommet lengre:

Det er jo så vidt nevnt dette her da, med familiesenter. Og det har vi fått veldig godt til her. Vi har bygget flere store kraftsentre der vi har fått til veldig gode tverrfaglige arenaer (intervju 08.01.14)

Å arbeide med et familiens hus eller tilsvarende ansees som en god arbeidsform fordi ulike faggrupper som arbeider med barn og unges oppvekstmiljø arbeider sammen (intervju 07.01.14, 08.01.14). Det medvirker også til at ressursene blir samlet, at ressursvake familiers utfordringer, for eksempel, kan ses i sammenheng og ressursene brukes «smart»:

Men så er det å bruke de pengene vi har på en enda smartere måte, ressursene som brukes allerede i dag. For rundt en familie kan det være 4-5 etater inn, og vi jobber ikke godt nok sammen og vet ikke om hverandre godt nok. Men det å bli bedre kjent med hverandres tiltak er viktig, og dra i samme retning kan bli enda bedre for den familien og bedre utnyttelse av de [økonomiske ressursene] (intervju 27.11.13).

Tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid ser, i tillegg til organisasjonsmodell, ut til å være avhengig av i hovedsak to faktorer. Den første er hvor lenge kommunen har hatt fokus på helsefremming og forebygging, den andre er størrelse. Store kommuner med høy grad av spesialisering sliter mer med dette og

opplever at samarbeid kan bli noe tilfeldig. Hvis folkehelsekoordinatoren i tillegg er lokalisert i en helseavdeling eller enhet og et stykke ned i organisasjonen, ser det ut til å være problematisk å satse på tverrsektorielt arbeid. Da må initiativet komme et annet sted fra. Hvis det kommer fra rådmannsnivå er det mulig å få det til, kommer det fra en enhetsleder vil fagfeltene som eventuelt er samlokalisert i enheten samarbeide (intervju 09.01.14, 06.01.14, 28.10.13, 23.08.13).

Alle kommunene samarbeider med frivillige aktører. Slikt samarbeid har lange tradisjoner i Norge og det kan se ut til at arbeid med helsefremming og forebygging har medført at det har fått et oppsving. Ikke minst arbeidet som frisklivssentralene skal gjøre for å holde oversikt over «gode ting som skjer i kommunen» bidrar til dette (intervju 12.11.13). Når tema tas opp får det en deltaker i en av fokusgruppene til å utbryte at:

Jeg tror jo at den største bidragsyteren til folkehelsen, det er frivilligheten. Hva kan vi gjøre i samarbeid med frivilligheten? Der foregår det (intervju 1 16.12.13).

Det viser seg at både denne og andre kommuner gjør mye i sin relasjon med frivillige organisasjoner. En kommune nevner at samarbeidet er formalisert med partnerskap. I partnerskapet forplikter alle lag og foreninger som får kulturstøtte seg til å bidra med tiltak innenfor folkehelse (intervju 07.01.14). Andre peker på at de samarbeider tett med, og legger til rette for, at det skal være levedyktige grendelag, samarbeid med Sanitetsforening og helselag, og ikke minst med idretts- og friluftsansjoner. En kommune hadde startet arbeidet med å få nytt liv i grendelagene ved å «gi bort» gamle forsamlingshus og skoler. Disse er da sosiale møteplasser som dermed kan danne grunnlaget for å blåse liv i lokale initiativer. Dette ble omtalt på denne måten:

Ja, det er noe med å løfte det opp, tenker jeg, Det med kompetanse og forståelsen av at det som skjer i et grendelag, en sosial møteplass, er inkludering, og kanskje noe av det viktigste for den mentale helsen til folk.Så det er noe med å få satt det inn i et system, og si at det er ikke det at man skal starte med noe nytt, men det er faktisk å få løftet fram den biten der (intervju 1 16.12.13).

En annen kommune har hatt fokus på kultur og etablering av kulturhus (intervju 12.11.2013). Også dette er sosiale møteplasser.

Av samarbeidsformer er det to kommuner som er tydelige på at de har frivillighetssentraler som de tar i bruk i forskjellige øyemed og som da tydeligvis får økonomisk støtte fra kommunen. For eksempel er det intervjupersoner i en kommune som viser til at frivillighetssentralen er involvert i frafallsproblematikken det arbeides med. Intervjupersoner i fokusgruppen ga uttrykk for at de lykkes med sitt samarbeid med frivillige organisasjoner, noe som trolig skyldes at de arbeider tett for å koble kommunal og frivillig virksomhet og at frivillige var i flertall i sentralens styre (intervju 2 16.12.13). En annen kommune har frivillighetskoordinator som i stor grad arbeider på samme måte opp mot frivillig sektor, men der vedkommende ga uttrykk for å være nokså alene om dette arbeidet (intervju 28.10.13).

Samarbeidet med frivillige kan også være et ledd i medvirkningsarbeidet som folkehelse også omfatter, og en kommune peker på at de har en søkerkonferanse der grupper kunne søke om midler til lokale initiativer (intervju 18.12.13).

Samarbeid med frivillige øker de ressursene aktørene sammenlagt kan ta i bruk på folkehelsearbeid og intervjupersoner i kommunene framhever dette som begrunnelse for å inngå i slikt samarbeid. I en kommune pekes på at de må samarbeide med frivillige fordi egen økonomisk situasjon er for dårlig. I to andre kommuner er de opptatt av hva det økte kravet til koordinering og administrering vil komme til å gjøre med frivilligheten – knekkes den? (intervju 06.01.14, 09.01.14)

4.3 Folkehelse temaer i planer

Etter plan- og bygningsloven er kommunene pålagt å lage fire planer, samt at de oppfordres til å lage kommunedelplaner på områder de anser som viktige. De pliktige planene er for det første planstrategi som sier noe om hva som er kommunenes planbehov. For det andre skal kommuneplanen ha en samfunnsdel der det gjøres overordnede prioriteringer, settes fram målsettinger og spesifiseres aktiviteter. Målsettinger og aktiviteter kan så operasjonaliseres i underliggende planer som arealplan, økonomiplan og kommunedelplaner. Arealplanen er juridisk

bindende og anses å ha høy relevans for folkehelse fordi den sier noe om hvor transportårer skal gå, hvor og hvilke boliger som skal bygges, hvilke friområder det skal satses på eller grønnsstrukturer som skal bevares, lokalisering av institusjoner som skoler og barnehager, samt hvor industri og andre typer arbeidsplasser plasseres. Økonomiplanen er også relevant for folkehelse fordi den viser hvilke aktiviteter som skal prioriteres. Kommer folkehelse og forebygging på denne planen er det nokså sikkert at tiltak realiseres.

Folkehelse slik det er definert i denne rapporten, er et stort felt som omfatter mange kommunale politikkområder og som drives hver dag i mange ulike sektorer av kommunal tjenesteproduksjon. Tema som omfattes av folkehelsebegrepet og også som defineres som forebygging og helsefremming, er derfor en del av kommunal planlegging uavhengig av om det defineres på denne måten eller ikke. Dette omfatter for eksempel teknisk enhet som sørger for kloaknett og rent drikkevann, befolknings- og grupperettet tjenesteproduksjon, samt helsefremmende og forebyggende tjenester (helsestasjons- og skolehelsetjeneste).

Tabell 4.2 *Folkehelse temaer i kommunale planer. De seks hyppigst avkryssede temaer fordelt på plantyper**

Planstrategi	Kommuneplanens samfunnsdel	Arealdelen med bestemmelser	Kommunedelplan for folkehelse	Økonomiplan / budsjett
Levekår, sosialt og fysisk miljø	Sosialt miljø, levekår, fysisk aktivitet	Fysisk miljø, levekårstemaer med fysisk relevans (bolig/-sosial, demografi)	Levevaner	Levekår

*Helgesen og Hofstad 2012:97-106

Kommunene utarbeider altså planstrategier der de fokuserer at de har et behov for planer som dekker inn levekårstema, samt sosialt og fysisk miljø. Samfunnsdelen, som sier noe om målsettinger og aktiviteter, tar også opp disse to temaene, samt fysisk aktivitet. Arealdelen, som altså er juridisk bindende, er ikke uventet opptatt av fysisk miljø, men tar også opp levekårstemaer som har fysisk relevans. Ikke uventet mht det vi så angående kommunenes

utfordringsbilde og tilsvarende deres prioritering av folkehelse-temaer, så handler kommunedelplanene som er laget på folkehelsefeltet om individuelle levevaner. Økonomiplanen tar opp levekår. Det vil si at de, slik levekår er definert i ”baselineundersøkelsen”, omtaler sine brukerretnede velferdstjenester som barnevern, barnehager, skoler, hjemmetjenester etc.

Når vi i årsskiftet 2013-2014 gjennomfører fokusgruppeintervjuer i 12 kommuner kan det se ut til at det er en diskusjon på gang om hvilke planer som best ivaretar folkehelseproblematikken. Spørsmålet som stilles er om folkehelse skal inkluderes i økonomiplan eller handlingsprogram, om samfunnsdelen egner seg best eller om det skal operasjonaliseres i egne delplaner:

I kommuneplanen står det «barn og unge først». Hvor er kommunen i arbeidet med folkehelse på strategisk eller plannivå? ... Fordi med samhandlingsreformen kom det jo en ny folkehelselov, den gjelder jo. Og hva gjør vi nå? Der er det jo veldig tydelig at ansvaret er kommunens og til det hører det en forskrift om oversiktsarbeid. Der er vi i et arbeid for å finne ut hvordan vår folkehelseoversikt skal se ut. Og hvor skal folkehelsearbeidet – tiltak, satsninger – inkluderes i vårt planverk? Skal vi lage en plan for folkehelsearbeidet eller skal det inkluderes? Dette svinger litt fram og tilbake (intervju 22.11.13).

Videre påpekes det at folkehelse ikke har hatt en selvstendig plass og at det arbeides for å finne ut om det skal ha det i fortsettelsen eller om det er mulig å løse dette strategisk og planmessig, og ta ansvar for folkehelse, uten å ta ordet i bruk. Det var planstrategiarbeidet som satte tema på dagsorden og fikk formannskapet til å stille spørsmål om det skulle være en egen kommunedelplan for folkehelse eller ikke (ibid). Andre sier det så enkelt som dette:

Vi har nettopp utarbeidet en kommuneplan, og i samfunnsdelen står det meget tydelig at folkehelse skal det være fokus på. ... Det er folkehelse på alle områdene. Vi trekker det ned i avdelingene våre og det vi har hatt spesielt fokus er samarbeid med de frivillige organisasjonene (intervju 27.11.13).

Da ble planverket også brukt til å peke ut en retning for folkehelsearbeidet. Noen kommuner tar i bruk mer enn en strategi for planlegging av folkehelse og inkluderer det i samfunnsdelen, samt at de lager delplaner som omfatter tjenestene, friluftsliv, forvaltning av friområder og grønnsstrukturer, planer for idrett og frivillighet, trafikksikkerhetsplaner, samt planer for å motvirke fravær og frafall i skoler. I følgende intervjuer nevnes dette, ikke alle har inkludert folkehelse i alle planer (intervju 06.01.14, 09.01.14, 2 16,12,13, 07.01.14, 08.01.14, 18.12.13).

Folkehelse er å tilrettelegge for gode helsevalg gjennom hele livsløpet. Det er kapittel en i kommuneplanens samfunnsdel. Det handler om å tilrettelegge for møteplasser og livskraftige lokalsamfunn, økt fysisk aktivitet og nærhet til naturen, helsefremmende oppvekst og tilgjengelighet for alle. .. Det er ikke bare vi som arbeider i helse, skole, kultur og frivilligheten som må samarbeide, men alle de som sitter på planavdelingen er så sentrale i denne tenkingen – å tenke helse i alt vi gjør, helse i plan. Slik at det blir gjort en vurdering av det når du skal planlegge nye boligområder, gang- og sykkelveier, turmuligheter, ikke bare den fysiske aktiviteten, men det å være et sosialt aktivt menneske i ditt lokalsamfunn. Det er kanskje det aller, aller viktigste for folkehelsen (intervju 12.11.13).

I en komme var planarbeidet kommet kort:

.. på den ene siden sitter politikerne der og sier at «er det ikke bare å sette i gang noen tiltak?» men på den andre siden har du fått noen føringer som sier, nei du skal jobbe i planverk, du skal jobbe systematisk, du skal jobbe sånn og sånn, og det er klart man kjenner at man kan drukne i det uten at det faktisk blir noe ut til befolkningen (intervju 1 16.12.13).

Det ser ut som om frustrasjonen er stor, og intervjupersonene i fokusgruppen pekte på at flere strategier ble tatt i bruk for å finne en retning for folkehelsearbeidet, blant annet interkommunale samarbeid på forskjellige områder (ibid).

Store kommuner er gjerne inndelt administrativt i områder. Da er det to strategier som kan velges for helsefremming og forebygging: Den første er at helsefremming og forebygging løftes opp på kommuneovergrepene nivå, får en overskrift i budsjettet og organisasjonskartet, og inkluderes i planer med utgangspunkt i dette nivået. Den andre er at helsefremming og forebygging enten er eget tema eller inkluderes i de delplanene som områdene lager angående de tjenester de har ansvaret for og eller andre planer de bes om å lage (intervjuer 05.11.13, 08.08.13).

Det ble pekt på planavdelingens sentrale rolle i arbeidet med folkehelse og at det hadde vært et problem å komme i inngrep med denne avdelingen, men at det hadde endret seg. I to kommuner tar intervjupersonene opp at de er involvert i en regional plan for folkehelse og at de er bedt om å medvirke til den (intervju 27.11.13, 09.01.14). I den siste kommunen er folkehelsekoordinatoren involvert i all planlegging som foregår.

4.4 Oppsummering

Det er i all hovedsak kommunal helsesektor som har fått delegert ansvar for folkehelse, og trolig også for forebygging. Tiltak vil da være helseorientert, samt orientert mot levevaner. Samtidig så vi at tiltak i tjenestene kunne være befolkningsrettede mot store grupper, for eksempel alle barn i en kommunes barnehager, men også rettet mot spesifikke grupper. Tiltak rettet mot spesifikke grupper utvikles i kommunens hjelpetjenester – barnevern, PPT, fysio- ergoterapitjenester eller rehabilitering/habilitering som de også kan kalles. Dette støttes av at det er helsestasjons- og skolehelsetjenestene som hyppigst er deltakere i tverrsektorielle arbeidsgrupper. Samtidig viste tabell 4.1 at kultur og idrett også er sektorer som deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper der folkehelse er tema. Dette peker ut av helsesektoren. At helsefremming og forebygging kan være på vei ut av helsesektoren også i praksis viste tabell 4.2 der vi så at levkår samt sosialt og fysisk miljø er på vei inn i kommunens planprosesser og planer. Økonomiplan eller handlingsplan er den viktigste i så måte. Helsefremming og forebygging bør ha en plass i denne planen før det kan realiseres som tiltak.

Hvordan helsefremming og forebygging oppfattes vil ha konsekvenser for konkrete målgruppestrategier. Prosessen mot å

integrere folkehelsearbeidet i plan viser at målgruppestrategiene er i endring. Årsakene til det kan blant annet være at integrering i plan nødvendiggjør at disse teamene ses i sammenheng i kommunene, samt at de ses i sammenheng med andre kommunale tjenester. Endringen behøver ikke være fra selektive tiltak til universelle – det vil være behov for selektive tiltak – men de kan i sterkere grad knyttes sammen og vurderes ut fra kommunale behov.

De konkrete målgruppestrategiene: Altså hva gjør aktørene i kommune når de vil at kommunens innbyggere skal ta tiltak i bruk? Knyttet til universelle tiltak er det i all hovedsak å ha annonser for tiltak i lokalaviser, samt henge opp plakater der folk treffes og i tilknytning til offentlige kontorer. Selektive tiltak er i stor grad tiltak som allerede identifiserte enkeltpersoner, barn, unge, voksne eller eldre som har behov for forsterkede tjenester, og som de da henvises til.

Målgruppestrategier

Universelle eller befolkningsrettede strategier er integrering av folkehelse og forebygging i plan. Planlegging bygger på kunnskap om helsens påvirkningsfaktorer og opplevde kommunale behov. Universelle tiltak kan også utvikles i tjenester som omfatter alle i en populasjon

Selektive: Kan ha utgangspunkt i universelle eller lovpålagte forebyggende tjenester som utvikles for å være tiltak i hjelpetjenester dvs. tiltak som enkeltpersoner med behov for forsterkede tjenester kan henvises til

5 Kommunal motivasjon for folkehelseiltak

5.1 Innledning

Kapitlene tre og fire viser at kommunene arbeider mye med folkehelse, det vil si med helsefremming og forebygging, samt med det systematiske folkehelsearbeidet. Det vises til at mye av dette arbeidet foregår i tilknytning til universelle tiltak som iverksettes på universelle arenaer for hele befolkningen eller alle medlemmene av grupper, som barn og eldre. Allarenaer ble det kalt av en kommune – der alle kan delta. Tiltakene på slike arenaer er tilretteleggende og den enkelte som de henvender seg til må selv fatte beslutning om faktisk å delta. Helsefremming og forebygging foregår også i tilknytning til selektive tiltak. Dette er tiltak som ytes i kommunale eller fylkeskommunale hjelpetjenester og som derfor foregår på avgrensede arenaer. Kommunene arbeider med selektive tiltak først og fremst ut fra et ønske om å yte tjenester til enkeltpersoner som har behov og tilpasse tjenestene til behovet.

I dette kapitlet stiller vi tre spørsmål. Det første er om kommunene mener det er økonomisk nyttig å iverksette folkehelseiltak. Det andre er om folkehelsearbeidet kommunene driver er kunnskapsbasert og det tredje er om kommunene selv mener de styrer hvilke tiltak de kan sette i verk.

5.2 Mer helse for pengene

Økonomisk effekt av folkehelseiltak er et av Samhandlingsreformens argumenter for at folkehelse skal være et satsningsområde i kommunene. I forbindelse med reformen er den økonomiske rammen til kommunene økt med en sum som tilsvarer 20 % av finansieringen til helseforetakene. Disse midlene

skal kommunene først og fremst bruke knyttet til deres nye plikt til å medfinansiere sykehusinnleggelser for sine innbyggere. Dette kan ha overføringsverdi til folkehelse og tanken er at hvis kommunene prioriterer folkehelse og får en friskere befolkning kan de redusere antallet innleggelser og dermed også redusere det de betaler i medfinansiering til helseforetakene. Det de sparer på å redusere sin medfinansiering inngår dermed i kommunenes frie inntekter og kan igjen benyttes til tiltak som faller inn under folkehelseparaplyen. Abelsen mfl (2012) viser at mange kommuner betaler mer til sykehuset enn de fikk i øket ramme. Delvis etter råd fra KS tar kommunene ikke disse pengene i bruk til andre formål enn medfinansiering, det er et unntak for to av kommunene i materialet.

Det ideelle for at kommunene skal oppnå en økonomisk effekt er at de gjennomfører kost-nytte-analyser av tiltak de ønsker å sette i verk. Kost-nytte analyser forutsetter at det på forhånd er etablert i kroner og øre hva gevinsten er for antall fremtidige friske år, for eksempel av at en person slutter å røyke, blir mer fysisk aktiv eller spiser sunnere og dermed reduserer faren for hjerte-karsykdommer på et gitt tidspunkt i livet. Dernest lages det et regnestykke som kan inkludere mange faktorer, for eksempel at sykehusinnleggelser unngås, og regnestykket aggregeres opp til kommunenivå eller landsnivå. Resultatet av slike regnestykker er det som kalles ”kvalitetsjusterte leveår” eller ”QALY”, som sier noe om hvor mange år livet kan bli forlenget med hvis endringer kan gjennomføres (Helsedirektoratet 2013). Det er laget veiledninger i hvordan dette kan gjennomføres.

Kommunene vi har gjort undersøkelser i laget ikke denne typen regnestykker, men de var opptatt av kost-nytte i den forstand at de mener det blir mer helse for pengene både når de iverksetter tiltak som rettet seg mot de individuelle levevanene og mot de sosiale og økonomiske aspektene ved hvordan mennesker lever sine liv. Samtidig nevnes en kommune spesielt av en folkehelserådgiver nettopp på grunn av det sosioøkonomiske aspektet som er nært knyttet til sosial ulikhet:

Spesielt en bykommune utmerker seg med den Levekårsundersøkelsen. Og de erfaringene de har gjort seg på bakgrunn av de funnene de har gjort. At de faktisk har endret på organisasjonen og satt i gang ...

endret på fordelingsnøkkelen sånn at de øker budsjettene på de mer utsatte områdene (intervju 2 12.11.13)

Ved iverksetting av kunnskapsbaserte programmer kan det se ut til at kost-nytte er spesielt i fokus, det er det også i spørsmålet om å iverksette frisklivssentraler (intervju 07.01.14). I argumentene ble det brukt lokale data fra egne kartlegginger. Disse ble gjennomført enten som en del av oversiktsarbeidet som kommunene er pålagt å gjennomføre eller som en del av tiltak idet de ble iverksatt. Et eksempel på dette ser ut til å være «Trygge lokalsamfunn» samt tiltak som ble iverksatt etter at det var gjennomført ung-dataundersøkelser (intervju 18.12.13). I kommunene uttalte de seg på følgende måter om spørsmålet om økonomi:

Jeg tror utfordringen er økonomi. Sånn som samhandlingsreformen er organisert nå, så er det selvfølgelig de midlene vi får i den frie rammen. Men der er jo alltid ønskelisten til politikerne mye lengre enn det som er gjennomførbart i den praktiske hverdagen (intervju 12.11.13).

Det er jo det. Den potten vi får i frie midler som er på 25 millioner kroner, den går jo til behandling av innbyggerne, poliklinikk og rehabilitering (intervju 12.11.13).

I alle kommunene ble det pekt på at det kunne være utfordrende å få besluttede myndigheter i kommunene til faktisk å prioritere folkehelse:

Men det er ikke mye penger i det kommunale systemet. Det er ikke raust i den kommunale hverdagen. Derfor er det enda viktigere å gjøre det riktige (intervju 21.11.13).

Vi holder på nå å forhandle om det ... det er vanskelig når de har vært med å vedta i kommuneplanen, at folkehelse har stor betydning, så er det vanskelig å si at vi skal ikke ha noen folkehelseiltak (intervju 27.11.13).

Jeg må arbeide mye for å få gjennomslag for ting i forhold til administrasjonen, rådmannen og politikerne internt, de sier nei (intervju 22.11.13).

Utfordringene ble opplevd som ekstra store hvis kommunen hadde dårlig økonomi. Det er kamp mellom gode formål i kommunene:

Jeg mener at pleie og omsorg er et stort lokomotiv som lett får gjennomslag for sine krav om økte ressurser til institusjonen, for det er lett å se, og politikerne ser det. Men å få gjennomslag for økt satsning på forebygging, det er mye vanskeligere (intervju 27.11.13).

Det er også stadig spørsmål om å effektivisere kommunal tjenesteproduksjon. I en av fokusgruppene ble det pekt på at det var forventninger om at tjenesteproduksjonen i kommunene skulle effektiviseres og at det ble gjennomført utredningsarbeid der det ble pekt på det kommunale økonomiske handlingsrommet:

..., men vi hadde en gjennomgang av myndighetskravene på helsestasjonen og vi gjorde en foreløpig prioritering: hva får vi for denne rammen? En av de tingene vi plukket vekk var barselgrupper. Og gjett hva som ble tatt tak i, i ettertid? (intervju 22.11.13).

Jo, det var nettopp barselgruppene. Da det ble pekt på at dette er en ikke-lovpålagt tjeneste som helsestasjonen kan la være å yte, trakk politikerne seg. De ønsket ikke å prioritere noe annet framfor barselgruppene. Oppfatningen var at politikerne har problemer med å prioritere og at de ikke alltid vet hva de vil. Det er dermed en oppfatning i denne fokusgruppen at folkehelseiltak politikerne ikke kjenner dermed har en usikker eksistens og at det er tett på politiske beslutninger.

I en annen kommune viste fokusgruppemedlemmene til at det var gjennomført innsparinger og at folkehelseorienterte tiltak klarte seg bra i den prosessen:

Det betyr en innhenting av kostnader ... på 10 millioner. Og vi har ikke de store katastrofedebattene eller overskriftene eller problembeskrivelsene. Tvert om så har vi et barnevern som antagelig aldri har gått bra som det gjør nå. ... Og vi må jobbe smart der og jobbe på andre måter. Så det er jo en motivasjon som

ligger bak mange av de tingene vi gjør. Og så ser man en gevinst på en annen måte (intervju 07.01.14)

Samtidig som det snakkes om at det er økonomisk trangt for nye tiltak har hverdagsrehabilitering en forholdsvis sikker posisjon som folkehelseiltak. Hverdagsrehabilitering er å lære eldre personer, funksjonshemmede, psykisk syke og ellers andre som kan være i behov, å klare seg selv i hverdagen. Hverdagsrehabilitering er langt framme i spørsmålet om økonomisk effekt og iverksettingen var økonomisk motivert (08.01.14).

Prosjektfinansiering av folkehelseiltak

Folkehelse har en lang historie som prosjektbasert arbeid. Det initieres tiltak og prøves ut diverse modeller som varer i en kortere periode. Kommunene oppfatter at det er en utfordring å ta folkehelseiltakene fra prosjekt til ordinær drift:

Også finansierer vi mye gjennom prosjektmidler. Og det er en fin måte å prøve ut ting på, men utfordringen er å ta det fra prosjekt til ordinær drift (intervju 1 12.11.13).

Hele samhandlingsreformen er jo drevet av prosjektmidler. Det blir ikke noen reform av det, det gjør ikke det (intervju 22.11.13)

Den [prosjektfinansieringen] har masse flotte sider ved seg, men den har også noen problemer ved seg. Det ene er hva du gjør når finansieringen av prosjektene stopper opp, og det andre er hvordan sikrer du at de som driver med prosjektene endrer sin praksis når prosjektperioden er over (intervju 07.01.14)

I alle kommunene gjør intervjupersonene seg refleksjoner over økonomien, men det sies tydeligst i en:

Jeg kjenner jeg er skikkelig sint på korte penger fordi det skaper så store forventinger i organisasjonen. En ser at en lykkes med noe og får ting til og brukere synes det er gode tiltak, og så tar pengene slutt og det ender med et forventningsgap (intervju 22.11.13).

Korte penger er prosjektmidler som søkes inn fra Helsedirektoratet, Miljøverndepartementet, Barne- og

likestillingsdepartementet, fylkesmannen og evt. andre statlige instanser, så vel som fylkeskommunen og organisasjoner i sivilsamfunnet. Sanitetsforeningen er et eksempel som ble nevnt. Kommunene varierte mht. i hvilken grad de benyttet seg av muligheter til å søke om eksterne midler. Mens en kommune mente det var vanskelig å orientere seg i systemet av midler de kunne søke på, hadde en annen etablert en funksjon der dette var spesialisert. Dette ser ikke ut til å være avhengig av kommunestørrelse.

Kontinuitet i folkehelseiltak krever at de løftes inn i kommunale budsjetter og prioriteringer. Som vi har sett er folkehelseiltak i større og større grad løftet inn i det kommunale planverket, noe som øker sjansen for at det blir prioritert. Selv om frisklivssentraler er helsepolitikk ble de prioritert i noen av kommunene under folkehelseparaplyen, mens de i andre lever en svært usikker tilværelse fra år til år. At frisklivssentraler kan oppfattes som et ledd i folkehelsearbeidet i kommunene, kommenteres slik av en folkehelserådgiver i en fylkeskommune:

[Så du har ikke en opplevelse av, generelt sett, at Frisklivssentralene og arbeidet med det tar oppmerksomheten bort fra arbeidet med folkehelse i kommunene da?] I kommunene så har de kanskje det. Ikke hos folkehelsekoordinatorene. Jeg tror de er bevisste. Men jeg har et inntrykk av at politikerne blander det litt sammen. Og at de gjerne kan ta vekk ressurser fra folkehelsearbeidet i prioriteringene i administrasjonen. Men det er et inntrykk jeg har. Og jeg vet at noen kommuner har latt være å bli med i partnerskapsavtale fordi de heller har villet satse på Frisklivssentral (intervju 2 12.11.2013)

Ikke alle hadde en klar forestilling om at folkehelseiltak ville være lønnsomt, spesielt ikke på lang sikt. Å prioritere folkehelsearbeid var en utfordring fordi det kan være vanskelig å vise til effekt av det. Mangelen på effekt knyttes til at det er et visst tidsperspektiv på effekter av folkehelseiltak og en oppfatning av at det ikke finnes gode dokumentasjonsverktøy. I en kommune ble det påpekt at de forventet en «pukkeffekt», dvs. at de vil få større utgifter både til behandling og til forebygging over en periode (22.11.13).

Det er et tidsaspekt som er ganske langt i forhold til å få effekt av forebygging slik at vi kan bruke av de 25 millionene. Noen har prøvd og fått smekk på fingrene Det er en farlig sport å satse på at du skal få effekter av forebyggende arbeid (intervju 1 12.11.13).

De ble også pekt på at helsefremmende og forebyggende tiltak ofte hadde som konsekvens at det ble oppdaget flere som hadde behov, og dermed tar det enda lengre tid før det oppnås økonomiske besparelser. Folkehelse ble derfor ikke lagt inn i budsjettet (06.01.14). Oppfatningen var da at det ikke kunne forventes noe annet enn at kommunene prioriterte reparasjon framfor helsefremming og forebygging.

Det varierer altså mellom kommuner om intervjupersonene mener at det er økonomisk nyttig å iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak. Slike tiltak kommer i sterk konkurranse med reparerende tiltak og i en del tilfeller viser det seg at de taper. Kommunene kjøper ikke nødvendigvis det økonomiske resonnementet de opplever at samhandlingsreformen fører fram, men samtidig er det tydelig at det er endringer på gang i synet på hva helsefremming og forebygging kan bidra til i det økonomiske bildet i kommunene. Helsefremming og forebygging er resultatet av forskjellige former for spleiselag (intervju 2 16.12.13). Disse er mellom stat og kommune, mellom fylkeskommune og kommune og mellom kommuner og det frivillige segmentet. Nesten alle kommunene peker på at de har en frivillighetssentral og at denne bidrar inn på flere områder, for eksempel mht. å drive en del forebyggende tiltak og ha arbeidstrening for elever som er i ferd med å falle ut av videregående.

Er folkehelsearbeidet kunnskapsbasert?

Det er ønskelig at helsefremmende og forebyggende arbeid skal være kunnskapsbasert (Meld St 34 2012-2013). Dette henger tett sammen med kost-nytteproblematikken. At tiltak er kunnskapsbaserte innebærer at gjennomførte tiltak er evaluert og at det viser seg at de har effekt i form av at de som deltar på tiltakene får bedre helse. Spørsmål som reises er om de som deltar på røykesluttkurs faktisk slutter å røyke eller at de som deltar på fysisk aktivitet blir i bedre form og derigjennom bedrer helsen sin. Det er nytt for mange kommuner at tiltakene de har arbeidet med skal innordnes under begrepene om folkehelse, samt helsefremming og

forebygging. Samtidig er terminologien om kunnskaps- og evidensbasing forholdsvis ny for dem. Dermed kan det være uklart for mange hvor de skal søke etter informasjon og hvilken informasjon de skal søke etter. Det kan også være lite informasjon om i hvilken grad ulike tiltak er kunnskapsbasert.

Det er få undersøkelser som framstilles som gode nok metodisk til at resultatene anses som sikre (se vedlegg 1). Kommunene vi har gjort undersøkelser i ønsker å gjennomføre tiltak som virker og etterspør kunnskap om slike tiltak. For å få kunnskap går de til mange kilder – folkehelseprofiler, SSB, Kostra, forskningsinstitusjoner, hjemmesider hos departementer og direktorater og de gjør egne undersøkelser. Det gjør de i tråd med bestemmelsene i FOR 2012-06-28 nr 692: Forskrift over folkehelsen. Denne forskriften skal legge til rette for at folkehelsearbeidet kommunene driver er systematisk og kunnskapsbasert og kommunene skal lage en oversikt over helsetilstanden i befolkningen og de positive og negative faktorene som kan påvirke denne.

I kommunene vi har gjort intervjuundersøkelse, er det mye kunnskap om utfordringsbildet og intervjupersonene snakker om at «vi vet», og da er det utfordringene det snakkes om. De vet for eksempel hvilken type problem fedme eller mobbing kan utgjøre for et barn eller en ung og de vet gjerne hvor mange dette angår i egen kommune. Angående fedme, vet de også at dette i stor grad er et familieproblem, og at en løsning krever en samtale med familien. De vet også hva som er deres kommunes prosentandel angående frafall i videregående skole og de vet at dette kan være et resultat av at barn begynner å skulke gymtimer på barneskolen eller at de opplever tidlig at de ikke mestre skolen. I kommunene er det også en del kunnskap om hva dette leder til av konsekvenser senere i livet.

Hvordan de skal komme i inngrep med utfordringene som avdekkes er likevel et ukjent landskap. Det som da etterspørres er kunnskap om hvilke tiltak kommunene kan sette i verk og hvordan de kan arbeide for å få satt dem i verk – hva er de konkrete grepene som skal gjennomføres:

Men samtidig er det noe med å ha.. . det skal faktisk være dokumentert, og det skal være kunnskapsbasert hvorfor vi setter i gang med ting. det er veldig lite sånn – hva er det som virker, hvilke tiltak er det som

virker? ... Sånn at tiltakene må på en måte være målrettede og konkrete, og der vet vi veldig lite om hva som fungerer da (intervju 1 16.12.13).

Akkurat dette utsagnet var ikke rettet mot skole og frafall, men var stilt generelt for å vise til mangelen på kunnskap om konkrete tiltak innenfor helsefremming og forebygging. Men det stilles spørsmål om hvordan de skal komme i inngrep med skole, for eksempel for å få diskutert gymundervisningen eller få til løsninger knyttet til resultater fra ungdomsundersøkelsen:

... Det er litt forskjell fra skole til skole. Hver skole er hver sin virksomhet. Det kan det bli en endring på nå, vi skal ha en gjennomgang av skolestrukturen. ... Men det har også med god kvalitet på undervisningen, med tidlig innsats på grunnleggende ferdigheter (intervju 11.12.13).

Dette ble opplevd som problem, det var bedret den siste tiden, og som det ble vist til over skulle det mye metodisk, tverrsektorielt arbeid til for å komme i inngrep. Tatt i betraktning at barn og unge var prioritert i kommuneplanen i de fleste kommunene så ble det kommentert i mange intervjusituasjoner. Ungdomsundersøkelsen er det flere som nevner som grunnlag for å gjennomføre tiltak, men de opplyser også at de henter inn eksperthjelp for å tolke data og finne ut hvilke implikasjoner funnene bør ha for det kommunale arbeidet med folkehelse. I den samme kommunen omtaler de denne prosessen slik:

[Hvordan går dere fram da, når dere skal finne tiltak med utgangspunkt i de dataene der?] Så langt har vi ikke kommet enda. Det må vi ta i neste runde. Det ligger litt på vent nå. Konkret så har vi bedt KORUS (Regionalt kompetansesenter rus) om bistand til å tolke de dataene. Vi har søkt om prosjektmidler til å følge opp ungdomsundersøkelsen [Det er kanskje noe av det som er utfordringen, å knytte de dataene man får til den lokale kunnskapen som finnes? Det er jo det du beskriver nå]. Ja, også så har vi jobbet mye generelt for å styrke tilbudet til barn og unge de senere åra (intervju 11.12.13).

Strategiene kommunene velger når de skal skaffe seg kunnskap varierer. I flere kommuner var de veldig tydelige på at de brukte de statlige føringene for hvilke tiltak som burde settes i verk. I en kommune sa de det på denne måten:

En av de første tingene jeg tok fatt i var fakta-grunnlaget. At en må bygge på kunnskapsbaserte ting og tjenester. Vi har brukt rundskrivene på prioriterte satsningsområder som en av de innfallsvinklene vi har når vi skal planlegge vår virksomhet (intervju 22.11.13).

Her handlet det i stor grad om helsestasjoner, der det er mange forskriftsbaserte føringer for arbeidet. Det handlet også om barnevern der kommunene i større grad står fritt til å iverksette egne tiltak. Det ble også vist til at samarbeid med eksterne aktører kan omfatte samarbeid med forskningsinstitusjoner:

Vi skal prøve å være med nå innenfor et utviklingsarbeid innenfor folkehelse, som fylket bidrar til der forskning skal knyttes opp da, men det er enda ikke helt klart på hvilken måte de skal bidra, men for vår del er det tenkt at vi må ha dem med for faktisk å ha noe verktøy her (intervju 1 16.12.13).

I andre kommuner ble det vist til at de samarbeidet med forskningsinstitusjoner om prosedyrer for å iverksette tiltak (intervjuer 21.11.13, 22. 11.13).

Det kan altså se ut til at kommunene er litt usikre angående tiltak de kan sette i verk for å nå folkehelsemål. Det kan også se ut til at når de ikke kunnskapsbaserte tiltak på et område, er det en mulighet for at folkehelsearbeid blir definert kun som levevane-temaene. Det er det feltet som er enklest å evaluere med metoder GRADE-systemet aksepterer som gode, og det er mulig å måle individuell framgang med medisinske prosedyrer. Dette ble det pekt på i en kommune at de faktisk gjør når henviste avslutter en periode på frisklivssentralen: henvisende lege måler evt. framgang hos pasientene (intervju 07.01.14). To kommuner påpeker at de evaluerer mange av de tiltakene de setter i verk, spesielt hvis det dreier seg om nybrottsarbeid. I to kan de for eksempel vises til at antallet hoftebrudd er redusert etter at det ble iverksatt fallforebyggende tiltak (intervju 18.12.13, 08.01.14). Ellers blir det i mange

kommuner antatt at tiltak har helseeffekt og i beslutninger om hvilke tiltak som skal settes i verk baserer de seg på sentrale føringer.

Med unntak av en kommune i utvalget vårt viser kommunene til at de henter mye kunnskap fra nettverk med fylkeskommunen, regionalt med andre kommuner i nærheten, samt fra samarbeid med og deltakelse i nettverk i KS` regi – tre av kommunene referer til «Modellkommuneforsøket» som en god læringsarena for tiltak som de legger inn under folkehelseparaplyen. I slike nettverk får kommunene tilført spesifikk kompetanse, de hører om hvilke tiltak som virker i andre kommuner, hvordan de er iverksatt og hva man kan forvente av resultater. Det samarbeides spesielt i noen nettverk for å tolke resultater av kommunenes folkehelsestatistikk (intervju 2 16.12.13, 12.11.13). I en kommune ble det snakket om på denne måten:

Dette spoler meg litt inn på det vi har arbeidet parallelt med i folkehelsearbeidet gjennom KS. Det er styringsdata. Det er i andre enden av skalaen, det er folkehelseprofiler og sykehusdata. Spørsmålet er: Hva lider (våre innbyggere) av? Det har vi jobbet mye med parallelt i folkehelsenettverket (intervju 12.11.13).

I arbeidet med å tolke data kom de fram til at det var veldig mye hjerte-karlidelser i kommunen og at dette var spesielt i gruppen 50 til 60-åringer. Utfordringen var å se dette som noe annet enn et kostnadsspørsmål, og det var nylig utredet hvordan det kunne gjennomføres tiltak. Dette var så nytt at det ikke var presentert i kommunen og vi fikk ikke mer informasjon om akkurat dette spørsmålet. Tolkning av styringsdata var alle opptatt av.

I nettverk kan det komme anbefalinger om at tiltak bør settes i verk basert i at det finnes forskningskunnskap om at de har dokumentert effekt, da hender det at kommuner velger å iverksette selv uten at det er god lokal dokumentasjon (intervju 08.01.14). I en kommune pekte de på at samarbeidet med KS resulterte i mye arbeid for å finne fram til målbare tiltak kommunene kunne arbeide med (intervju 12.11.13).

Selv om kommunene har kunnskap om at et tiltak virker og de er besluttet at det skal iverksettes, så vet de ikke alltid hvordan slike tiltak bør angripes:

Så det er forholdsvis nye oppgaver slik at normen for god aktivitet ikke er funnet. Foreløpig er det en utfordring vi ikke vet hvordan vi skal løse (intervju 22.11.13).

Ja, også trenger vi å bli rågode på dette, vi trenger et opplegg. Ja dette er et nytt område, og det er ikke sånn at man bare kan begynne å jobbe med det, man må opparbeide seg ganske mye kompetanse i forhold til hvordan man jobber med disse problemstillingene (intervju 27.11.13).

Avsnittet viser at det ikke alltid ligger dokumentert kunnskap om helseeffekter i bunn når kommuner velger å iverksette tiltak selv om de gjør mye arbeid for å skaffe seg kunnskap om utfordringer og tiltak. Lite kunnskap ser det særlig ut til å være om tiltak som har sosioøkonomisk og sosialt tilsnitt. Det er lite forskning som er gjennomført med metoder som er akseptert i GRADE-systemet, og det er dermed få tiltak kommunene blir anbefalt å sette i verk på disse områdene. Frisklivssentralene, og et par andre tiltak angående fysisk aktivitet og ernæring, er unntakene mht. utfordringene med å finne kunnskapsbaserte tiltak og det er veldig enkelt for kommunene å gripe til dette som løsning når de skal iverksette tiltak innenfor folkehelseparaplyen. Andre godt evaluerte og kunnskapsbaserte tiltak er de selektive tiltakene vi finner innfor barnevernet, som også er i bruk i våre intervjukommuner.

5.3 Kommunal styring med tiltak

I utgangspunktet styres det lokale folkehelsefeltet i tråd med at folkehelse er desentralisert til kommuner og fylkeskommuner og at disse nivåene er selvstendige demokratiske styringsnivåer. Fokusgruppeintervjuene som er gjennomført viser til at folkehelse som arbeidsområde vokser fram delvis nedenfra og delvis styrt via lov og andre statlige virkemidler. Staten styrer kommunene på flere måter. De viktigste er lover og reguleringer. Kommunene som inngår i materialet varierer i hvilken grad de er i forkant av lovverket som styrer folkehelse eller litt i etterkant, men flest er i forkant. Andre styringsvirkemidler er rundskriv, veiledere og ikke minst økonomiske støtteordninger. Økonomiske støtteordninger har vist seg å ha effekt på kommunale valg og atferd (Hagen og Tjerbo 2013). Slik er det trolig også på folkehelsefeltet.

Når kommuner er selvstendige demokratiske institusjoner er det trolig slik at initiativet til folkehelse tas bår politisk og administrativt. På spørsmålene vi har stilt, om kommunene opplever at de har mulighet til å påvirke hvilke folkehelseiltak som skal iverksettes, deres utforming og innhold, og om de kan tilpasse tiltakenes innhold til sitt lokale område, har de svart både ja og nei. Det er da ja fordi kommuner er demokratiske enheter med politisk styre og der det til syvende og sist er opp til politikerne å bestemme hvilke tiltak som skal settes i verk. Det betyr at tiltak kan avvises, men det betyr også at kommunepolitikere kan få gjennomslag for egne ideer og tanker omkring folkehelse. Det kan se ut til at tiltak som iverksettes i noen av våre kommuner er spilt inn fra politisk hold:

Og så er det en annen spennende ting som er spilt inn, og det er folkehelsesenter. At vi ønsker å få bygd opp det. Og den har kommet fra politisk hold, den tanken der da (intervju 27.11.13).

Tanken har kommet opp for å kunne utnytte lokaler og arealer i en flerbrukshall bedre. Det vil være mulig å plassere kommunale tjenester som fysioterapi og andre som legger seg tett opp til helse og folkehelse i den hallen for også å benytte arealer på dagtid (ibid). I en annen kommune er medlemmene i fokusgruppen litt uenige om hvordan dette fungerer og det ble påpekt, ved å bruke det litt nedsettende ordet «kjepphest» at politikere kunne ha egeninteresse av tiltak:

Men svaret på ditt spørsmål er hva politikerne skal prioritere, eller hva de skal kutte ut. Hva de skal prioritere overlater de til fagmiljøet å finne ut innenfor rammen.... Men noe er jo politisk kjepphester og. For eksempel det forebyggingsteamet for eldre hadde ikke eksistert hvis det ikke var politisk støtte – «dette skal vi prøve å få til». Familiehjelpa hadde ikke eksistert hvis ikke det var politikere som tok tak i det og sa: «dette skal vi ha» (intervju 12.11.13).

I tillegg til politisk initierte tiltak gjennomfører kommunene ikke-lovpålagte tiltak innenfor folkehelse, det er det en lang tradisjon for, som de velger å beholde selv om økonomien blir trangere. Dette er politisk prioriterte tiltak og gjelder særlig tiltak rettet mot barn og unge. Folkehelseiltak er i stor grad ikke lovpålagte og

dette er en utfordring for kommunene i spørsmålet om å gjøre tiltak permanente. Helsefremming og forebygging styres tett fra statlig hold gjennom det som er benevnt «korte penger». Det er en omfattende prosjektstyring som får kommunene til å søke inn midler og derigjennom til å handle, i alle fall delvis, som staten ønsker. I en kommune ble dette omtalt på følgende måte:

Så er det kanskje også det handlingsrommet en har til å drive utviklingsarbeid fordi at det er ulike statlige penger du kan søke, også blir det litt bevisstløst. En søker på det som er tilgjengelig uten å tenke over hva det er vi egentlig trenger. ... Vi gjør jo det staten vil selv om det ikke egentlig passer inn hos oss akkurat nå, så gjør vi i alle fall det staten vil. Ellers hadde de jo ikke lagt ut penger (intervju 22.11.13).

Intervjupersonene i fokusgruppen er enige om at dette medfører at helsefremming og forebygging blir noe tilfeldig fra et kommune-perspektiv i spørsmålet om hvilke tiltak de setter i verk. Intervjupersonene tror dette er et resultat av politiske tilfeldigheter på statlig nivå, knyttet til enkeltpersoner i staten som gjerne vil iverksette de tiltakene de legger til rette for. Kommunene er veldig oppmerksomme på at de har føringer på hvilke tiltak som settes i verk:

Og det er det som er utfordringen vår: Selv om vi nå jobber opp mot fylket, og vi nevner jo det og: føringer oven fra, enten det er fra fylket eller lovgivning. Vi har jo dem over oss og, som rådgivere, og som skal understøtte, og som skal gi oss føringer. Både med statistikk og profiler, men og i forhold til hva vi skal gjøre (intervju 1 16.12.13)

I andre kommuner er de også tydelige på at de baserer egen politikk og tiltak på regionale og nasjonale satsningsområder, men at tiltak forankres lokalt, først og fremst fordi de legges inn i lokale planer. På denne måten, mente fokusgruppemedlemmene der, ble arbeidet med folkehelse likevel ikke tilfeldig (intervju 2 16.12.13).

Medlemmene i fokusgruppene mente at folkehelse i stor grad styres gjennom stimuleringsmidler. Staten yter slike midler i 2-3 år og ønsker deretter at kommunene skal gjøre tiltak permanente. Dette ble det gjort forsøk på å få til, men det mislyktes ofte og

intervjupersonene er oppbrakte over de konsekvensene «korte penger» har for det kommunale folkehelsearbeidet:

Det er en av de tingene jeg synes har vært vanskeligst i jobben min. Vi har kjempeflotte tiltak på korte penger, så forsvinner de ut. Så det er en frustrasjon på veldig gode tiltak som vi ser har dokumentert effekt som vi ikke får midler til i det hele tatt. ... Og mine ansatte, som har gjort en kjempejobb, og som vi må la gå (intervju 22.11.13)

Å gjøre tiltak permanente ved å sluse dem inn i kommunale budsjetter og egenfinansiering er en utfordring og som vi så i avsnittet om frisklivssentraler var disse i en særstilling i så måte:

Men det er klart at i denne jobben her er det utfordringer i forhold til forankring, politisk og administrativt. Nå har vi nettopp hatt tilsyn her, fra fylkesmannen, av folkehelsearbeidet. Og vi snakket litt om det før du kom, at der får vi noen føringer i forhold til lovverket og hva vi har å gjøre (intervju 16.12.13).

Den statlige veilederen anbefaler at frisklivssentralene innarbeides i kommunalt budsjett og en av begrunnelsene er at det skal skapes mer kontinuitet i folkehelsearbeidet (Holm mfl 2013). At så kan skje med flere typer tiltak uttrykkes som et håp av flere fokusgrupper.

5.4 Oppsummering

Kommunene gjennomfører ikke egne beregninger av om folkehelseiltak vil være økonomisk lønnsomme for dem. Samtidig er det ikke mye litteratur å støtte seg på som tar opp dette spørsmålet. Når det skal fattes beslutninger om evt. å iverksette folkehelseiltak må kommunale aktører støtte seg til andre informasjonskilder og dette er ofte forskjellige nettverk de er medlem i. Det ser ut til at kommunene i varierende grad tar hensyn til at de en periode vil ha utgifter både til reparerende og forebyggende tiltak. Holdningen kommunale aktører viste til økonomien varierte. Det fordelte seg ca. 50/50 på at det var ok å ha utgifter til både reparasjon og forebygging en periode, mens

andre mente at de i liten grad hadde råd til økte utgifter til tjenester mens de ventet på at de forebyggende tiltakene skulle lønne seg. Det var en årsak til at det var utfordrende å få politikere til å prioritere folkehelseiltak

Det var en nokså entydig oppfatning blant intervjupersoner fra kommuner som hadde erfaring med folkehelseiltak om at prosjektfinansieringen var uheldig. Det var uheldig spesielt med tanke på den kompetanseoppbyggingen som foregår i kommunene mens et prosjekt pågår, og som de ofte mistet når prosjektet ble avsluttet. Det ble også nevnt at det var uheldig fordi folkehelseiltak ble organisert i prosjekter og dette gjorde det vanskelig å få implementert nye praksiser i hele organisasjonen.

I spørsmålet om tiltak er kunnskapsbasert ser vi at kommunene har mye kunnskap om hva som er tilstanden i egen kommune, de vet også hvor de skal lete etter slik kunnskap når de trenger den. Hvilke tiltak de skal sette i verk for å møte sine utfordringer vet de imidlertid mindre om. Årsaken til dette kan være at det noen ganger er en utfordring for dem å tolke statistikk de har tilgang på. Det kan derfor se ut til at det er lett for kommunene å ty til de tiltakene som er godt beskrevet fra statlig hold, for eksempel i veiledere om fysisk aktivitet og kosthold. Kunnskap om hva som virker ser ut til å spre seg best gjennom samarbeid og nettverk kommunene i mellom, gjerne understøttet av KS.

I spørsmålet om kommunal styring finner vi at det varierer i hvilken grad det er politisk styring med folkehelse i kommunene. Vi finner også at helsefremming og forebygging styres tett fra staten i det som kan kalles et "tilskuddsregime" – kommunene lar seg styre av tilskuddene og handler derfor, i alle fall delvis, som staten ønsker. Kommunene oppfatter dette som tilfeldig og som ikke nødvendigvis å være tilpasset de behovene de selv opplever for å iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak. Det oppleves som en stor utfordring å integrere tiltak som har vært drevet på tilskuddsmidler i ordinære budsjetter. Likevel ble det gjort unntak for frisklivssentralen i nesten alle kommunene som har slik sentral. Vi har også opplysninger fra 8 fylkeskommuner om at de har etablert tematiske utlysninger kommuner kan søke på, dette understøtter det allerede etablerte tilskuddsregimet kommunene opplever. Det oppleves dermed ikke alltid slik at tiltak

kan styres fra kommunalt nivå og de utfordringer kommunene opplever at de har.

Eventuelle reduserte utlegg til medfinansiering brukes ikke til folkehelse/forebygging i de fleste kommuner

Kost-nyttevurderinger er spesielt i fokus i tilknytning til kunnskapsbaserte programmer

Mange folkehelseiltak er prosjektfinansierte. Det oppleves som en utfordring å ta folkehelseiltak fra prosjekt til ordinær drift

Prosjektfinansiering gjør at tiltak følger finansieringsmuligheter og blir tilfeldige

Det varierer hvorvidt kommunene mener det er økonomisk nyttig å iverksette folkehelse- og forebyggende tiltak

Folkehelsenettverk med andre kommuner og aktører er en viktig læringsarena for kommunene

6 Oppsummering og avslutning

6.1 Innledning

Som vi viste til innledningsvis i rapporten har problemstillingene for arbeidet med en vært som følger:

- Hvilke målgrupper vil kommunene nå med sitt folkehelsearbeid?
- Hva er kommunenes strategier for å nå sine målgrupper?
 - Er tiltak på universelle eller selektive arenaer?
- Tema og tiltak i kommunenes arbeid med helsefremming og forebygging
 - Hvilke tiltak setter de i verk?
- Kommunal motivasjon for arbeid med helsefremming og forebygging
 - Får kommunene mer helse for pengene ved å iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak?
 - Kjenner de til, og iverksetter de, tiltak som har dokumentert kost-nytte-effekt?
 - Kjenner de til, og iverksetter de, kunnskapsbaserte tiltak?
 - Kommunal styring med tiltak: Kjenner de til, og iverksetter de, tiltak de selv har muligheten til å igangsette og å påvirke effekten av?

I det kommende avsnittet oppsummeres rapporten mht til disse problemstillingene.

6.1.1 Kvalitativt design og generalisering

Utvalg av kommuner vi har gjort for å gjennomføre fokusgrupper fulgte et design som knytter kommuner til regionale helseforetak

og som dermed nærmer seg et representativt utvalg. Vi kan dermed si at det er stor mulighet for at det arbeidet våre kommuner gjennomfører også gjennomføres i andre kommuner innenfor det samme regionale helseforetaksområdet, men kanskje først og fremst innenfor samme fylke. Likevel tillater ikke våre data at vi trekker konklusjoner for alle kommuner fordi de minste kommunene ikke er representert. Vi har også ønsket å inkludere kommuner som har erfaring med folkehelsearbeid, de er derfor valgt strategisk.

6.1.2 Målgrupper og strategier for å nå dem

Kommunalt folkehelsearbeid omfatter alle kommunens innbyggere, men i mange sammenhenger lager kommunene strategier for å nå ulike målgrupper. Dette gjelder i arbeidet med planer som omfatter folkehelse, så vel som konkrete tiltak. For det første arbeider kommunene nå konkret med å inkludere folkehelse i planstrategien, samfunnsdelen, økonomiplanen og arealplanen. Dette systematiske folkehelsearbeidet integrerer folkehelse tydeligere inn i kommunens ordinære planarbeid etter plan- og bygningsloven og kommuneloven, og er rettet mot hele befolkningen. For det andre lages det virksomhetsplaner for kommunens tjenester. Intervjupersoner i kommunene oppgir at de har barnehageplaner, skoleplaner, planer for helse- og omsorg og for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Slike planer omfatter både universelle tiltak rettet mot hele befolkningen eller hele grupper av befolkningen og selektive hjelpetiltak rettet mot sårbare grupper eller enkeltpersoner.

De viktigste målgruppene for kommunenes arbeid med folkehelse er alle innbyggere i kommunen delt inn i barn og unge, voksne og eldre. Kommunene velger ulike universelle strategier for å nå disse gruppene. Barn og unge nås gjennom helsestasjon, barnehager og skoler der det iverksettes tiltak alle kan delta i. Voksne og eldre har ingen tilsvarende felles møteplasser. De nås dermed gjennom tilretteleggende tiltak. For eksempel ved at kommunene legger til rette for turgåing, sykling og trening. Her spiller frivillige lag og organisasjoner en viktig rolle. I tillegg sørger kommunene for å bygge anlegg og holde dem åpne, samt gi muligheter for gratis eller billig trening – mange pekte på at det var bygget tur- og sykkelstier. Selv om fokuset på målgrupper er mest vanlig, er det mulig å løfte en tredje tilnærming her – nemlig system- eller

strukturperspektivet, også kalt settingstilnærming (Scriven og Hodgins 2012). I en settingstilnærming flyttes fokus i stor grad fra individet over på omgivelsenes betydning for helse, for eksempel skolen eller barnehagen. Kommunene vi besøkte hadde høy bevissthet om dette og et flertall av kommunene arbeidet etter prinsipper om helsefremmende skoler og barnehager. I flertallet av fylkene har fylkeskommunen et tydelig fokus på helsefremmende skoler og barnehager. Dette ble speilet i aktuelle kommuner. Flere fylker holdt altså fram dette konseptet, og i en av fokusgruppekommunene hadde man inneværende skoleår bestemt at alle skoler og barnehager i kommunen skulle være helsefremmende.

For å nå aktuelle brukere gis det generell informasjon. Via helsestasjon, barnehager og skoler kan det i tillegg benyttes samtaler med barn og unge og deres foreldre.

Alle kommunene i materialet har begynt å utarbeide oversikter over helsetilstand til befolkningen og faktorer som påvirker helsen. De tar i bruk folkehelseprofilene, eksisterende registre og egne undersøkelser og analyserer utfordringsbildet kommunen har. Kommunene nevner spesielt Ungdataundersøkelsen som et eksempel på egne undersøkelser. Disse undersøkelsene brukes blant annet til å identifisere grupper som trenger mer oppfølging, eller forsterkede tjenester innenfor flere områder. Slike grupper nås ved å lage tiltak i hjelpetjenestene som brukere kan henvises til – hjemmetjenester, psykisk helse, ergo-/ fysioterapitjenester, barnevern, PPT, NAV – men også i helsestasjon, barnehager og skoler. De førstnevnte er selektive tiltak som kan grense mot behandling. En intervjuperson i en av fokusgruppene sier det på denne måten:

I folkehelsearbeidet må du være veldig Ole Brumm – ja takk begge deler. Og vi må bruke dataene, hjerte-kar for eksempel, da må vi ha noen tiltak innenfor helse- og omsorgstjenestene og få et systematisk opplegg. Og fastlegene må ha noe å henvise til, eller de fortsetter å henvise til spesialisthelsetjenesten som de alltid har gjort. ... og så må vi tenke hvordan lokalsamfunnet er tilrettelagt for aktivitet og tenke dette sammen med lag og foreninger. Det universelle folkehelsearbeidet (intervju 12.11.13)

Intervjupersoner i kommunene mener altså at de må ha tiltak som er både universelle og selektive.

Tiltak rettet mot fysisk aktivitet, ernæring og kosthold, samt tiltak mot fattigdom nevnes oftest. For å sikre deltakelse fra økonomisk ressurssvake barn og unge etableres det blant annet utlån av utstyr, utdeling av gratiskort til kulturarrangementer og treningsarenaer som svømmehaller.

6.1.3 Tema og tiltak

Tema for universelle tiltak kommunene setter i verk kan i all hovedsak deles i to: **levenanetema** med hovedvekt på fysisk aktivitet og tiltak for å **skape sosiale møteplasser**. Innenfor begge disse temaene finner vi tilretteleggende tiltak og de etableres for å nå alle grupper – barn og unge, voksne og eldre. I tillegg kommer også tiltak som rettes mot systemnivået, og som representerer venstreforskyvningen i folkehelsearbeidet som poengteres sterk i Folkehelseloven og i samfunnsdelen i PBL (§§ 11-1 til 11-4). Eksempler på dette kan som nevnt være Sunne kommuner, Trygge lokalsamfunn, samt helsefremmende barnehager og skoler.

Tema for selektive tiltak er inaktivitet og fedme, fravær og frafall i skolen, fattigdom, dårlig psykisk helse, rus eller høy alder. Under presenteres de spesifikke tiltakene som er utarbeidet innenfor hvert av disse temaene.

Inaktivitet og fedme. Helsestasjonenes kartlegging, gjennom de forholdsvis nye påleggene om å måle og veie barn og unge, avdekker at det er mange barn med overvekt, men også undervektige. To viktige tiltak for å styrke barn og unge fysisk er å henvise dem til friskliv familie.

Det viktigste selektive tiltaket for voksne er frisklivssentralene som de blir henvist til fra fastlegen eller andre instanser. I noen kommuner kan folk som opplever problemer komme uten henvisning. Ellers er det selektive tiltak for psykisk syke og rusavhengige, som dreier seg både om aktiviteter på dagtid og tilrettelagte boliger. Frisklivssentralene er ikke en del av det ordinære folkehelsearbeidet underlagt Folkehelseloven og Plan- og bygningsloven. De sorterer under helse- og omsorgstjenestene i kommunene og er underlagt Lov om helse- og omsorgstjenester i

kommunene. Samtidig er det viktig å understreke, som gjøres både i fylker og kommuner, at frisklivssentralene i høy grad bidrar til det generelle folkehelsearbeidet i kommunene. Dermed blir de en viktig bidragsyter uansett hvilken lov som hjemler etablering av sentralene.

Fattigdom ser ut til å få mest oppmerksomhet i den grad det hindrer barn og unge å være fysisk aktive. Noen kommuner har mulighet til å yte hjelp til å skaffe utstyr for å drive trening. Men det finnes også enkeltkommuner som tar dette til et høyere nivå, og endrer fordelingsnøkkelen i kommunebudsjettet til fordel for områder i kommunen med høy fattigdomsproblematikk. Dette representerer nok et tiltak som ikke er orientert mot målgruppe, men som er settingsorientert.

Frafall i videregående skole er det rettet mye oppmerksomhet mot. Våre intervjupersoner visste dessverre lite om hvordan dette ble løst i sine kommuner, men de viste til at det samarbeides med fylkeskommunen blant annet om overganger mellom skolenivåene. Noen etablerte tiltak støtter elever som må bo på hybel mens de går på videregående. I to kommuner oppgir intervjupersonene at de har involvert frivillighetssentralen i arbeidet med frafall i ungdomsskolen. Dette er det også noen flere som har tenkt på, men enda ikke gjennomført. Fravær i grunnskolen oppfattes å henge sammen med skulk av gymtimer. I noen kommuner ble det reflektert litt rundt dette uten at det var kommet så langt at det var utviklet noen tiltak for å komme utfordringen i møte. Det ble nevnt at det kunne forebygges mer og tidligere, blant annet for å styrke barn og unges mestringsfølelse, og at kanskje det kunne satses på å styrke skolenes kompetanse i fysisk aktivitet.

Høy alder. Selektiv tiltak for eldre spenner over et stort spekter av tiltak. I tre kommuner oppgis det for eksempel møteplasser som dagsenter eller seniorsenter et selektivt tiltak som det henvises til, enten fra bestillerkontoret eller hjemmetjenestene. Ellers er selektive tiltak for eldre relatert til diagnoser som diabetes og kols, hvor fokus er på rehabilitering for å mestre dagliglivet. Når fallforebygging gjennomføres som prosjekt, ser det ut til at det er selektivt, mens fallforebygging ellers gjennomføres som alminnelig trening i form av turgrupper eller stavgangsgrupper. I tiltak med settingstilnærming som for eksempel Trygge lokalsamfunn, vil tiltak rettet mot eldre også være inkludert.

6.1.4 Kommunal motivasjon for arbeid med helsefremming og forebygging

Kommunene er motiverte for å arbeide med helsefremming og forebygging. Arbeidet med å inkludere det i plan er i gang. Det samme er arbeidet med oversikt over helsetilstand og faktorer som påvirker helsen. Den viktigste motiverende faktoren ser ut til å være de lovpålagte endringene som kommer med samhandlingsreformen, og spesielt folkehelseloven, men det ser også ut til at oppbyggingen av kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i seg selv er motiverende for å arbeide med dette. I denne sammenhengen kan det også vises til Helsedirektoratets veileder *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse* (IS-2110), hvor det framheves at det framtidige arbeidet med oversikter ikke bare skal kartlegge risikofaktorer, men i vel så stor grad inkludere de positive påvirkningsfaktorene for helse.

Mer helse for pengene

Intervjupersonene våre gir uttrykk for at helsefremmende og forebyggende tiltak som settes i verk vil ha en positiv økonomisk effekt. Samtidig framhever de at det er økonomisk trangt i den kommunale hverdagen og at dette motiverer dem til å gjøre det rette – arbeide for å styrke folkehelsen. Dette innebærer at de i liten grad gjør egne kost-nytteundersøkelser, men de arbeider med kostnadsbildet uten at de egentlig tror at kostnader kan reduseres. De peker på at det kom til å komme ”pukkeeffekter”, dvs. at det vil være kostnader knyttet til både behandlende og forebyggende tiltak samtidig. Helsefremming og forebygging, og spesielt de selektive tiltakene, er de tiltakene som står i fare for å prioriteres ned i kampen mellom de gode formålene. Samtidig pekes det på at den utstrakte prosjektfinansieringen ikke nødvendigvis er økonomisk fornuftig for kommunene. Kunnskap og kompetanse bygges opp på viktige områder som så går tapt når tiltak legges ned. Å ta tiltak fra prosjekt til ordinær drift ble oppfattet som vanskelig fordi helsefremming og forebygging ofte taper i konkurranse med behandlende tiltak. Kommunene trekker imidlertid frem at mer helse for pengene kunne det bli i den grad det er mulig å mobilisere ressurser fra det frivillige segmentet.

Er folkehelse kunnskapsbasert?

Intervjupersonene i fokusgruppekommunene opplevr at de har god kunnskap om egen kommunes utfordringsbilde. De gir uttrykk for at de vet hvor de skal søke kunnskap om dette, i tillegg til at de får folkehelseprofiler fra Folkehelseinstituttet. Det gjennomføres egne undersøkelser og utfordringsbildet analyseres.

Intervjupersonene opplever på den andre siden at det er mindre kunnskap de kan benytte seg av om hvilke tiltak som kan settes i verk for å løse diverse utfordringer. Dette gjelder spesielt for utfordringer som går ut over levevanetemaene.

Kommunene deltar i diverse nettverk og organiserte samarbeid som i stor grad definerer den kunnskapen de har om helseeffekten av ulike tiltak. I tillegg er sentrale føringer viktig. Slike gis det tydeligst mht helsestasjons- og skolehelsetjenesten, samt at veilederen for frisklivssentraler viser til at de tiltakene som skal tilbys er kunnskapsbaserte. Frisklivssentraler omfatter oftest levevanetemaene fysisk aktivitet, kosthold og røykeslutt.

Kommunal styring med tiltak

Kommunene opplever i stor grad av folkehelseiltak kan styres politisk på kommunalt nivå. For eksempel var det opplevelser av at tiltak som ikke er lovpålagte likevel blir beskyttet og vedlikeholdt også i nedgangstider. Dette dreier seg ofte om tiltak rettet mot barn og unge. Samtidig opplever de at det satses på bestemte tiltak i egen kommune, og at det er politisk drivkraft for dem. Eksempler som nevnes er familiens hus og folkehelsesenter.

Likevel er kommunene avhengig av statlige og fylkeskommunale stimuleringsmidler for å iverksette tiltak. Det innebærer at de kan oppleve seg styrt og gjennomføre tiltak de opplever at, først og fremst staten, men etter hvert også fylkeskommunen, ønsker at det skal arbeides med. For eksempel oppgir rådgivere i fylkeskommunene til oss at de har helsefremmende barnehager og skoler som satsningsområde. Som vi så over speiles dette i kommunenes arbeid. At både stat og fylkeskommune arbeider med stimuleringsmidler medfører at intervjupersoner stiller spørsmål ved om kommunene i tilstrekkelig grad har mulighet til å ta valg om å iverksette tiltak som dekker de behov de selv mener de har og om de har mulighet til å tilpasse tiltakene til lokale forhold. En av årsakene til at intervjupersonene mener at folkehelsearbeidet er

styrt fra stat og fylkeskommune, er at det oppleves som problematisk å få tiltak inkludert i kommunale budsjetter etter at perioden med stimuleringsmidler er over.

Oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer som skal lages, gir kommunene et overblikk over eget utfordringsbilde og kan medvirke til at tiltak enklere kan tilpasses til lokale forhold. For eksempel tilpasser kommunene tiltak innenfor temaet helsefremmende skoler og barnehager til egne behov.

6.2 Grenser for helsefremming og forebygging?

Helsefremming og forebygging er de to enkeltfaktorene som inngår i folkehelsebegrepet. Helsefremming er prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over helsens påvirkningsfaktorer for derved å kunne forbedre sin helse. For å oppnå målet med helsefremmende tiltak er medvirkning essensielt (WHO 1986). Helsefremming omfatter alle nivåer fra individ til samfunn.

Forebygging er de konkrete tiltakene som settes i verk og kan foregå på flere nivåer. Primærforebygging styrker helsen og hindrer at det oppstår sykdom, skade eller lidelse, mens sekundærforebygging skal stanse sykdomsutvikling og hindre tilbakefall. Primærforebyggingen foregår på de universelle arenaene, mens sekundærforebyggingen er de selektive tiltakene som utvikles i kommunale tjenester for å nå enkeltpersoner med behov for forsterkede innsatser.

Dette deler også målgruppene for det kommunale folkehelsearbeidet i tre: Det er alle innbyggerne i kommunen delt inn i gruppene barn og unge, voksne og eldre. Og det er de enkeltpersonene innenfor hver gruppe som er definert som å være i behov av forsterkede tjenester eller hjelpetiltak. Og sist, men ikke minst, tiltak som iverksettes på systemnivå for å fremme innbyggernes helse.

Strategiene for å nå innbyggerne via befolkningsrettede tiltak er tilretteleggende. Det tilrettelegges for at innbyggerne skal ta tiltak i bruk. Dette kan være tiltak som er beregnet på alle, turløyper og idrettsanlegg, eller det kan være tiltak som er beregnet på hele

populasjonen i en gruppe som fysisk aktivitet i skolen. Den tilretteleggende strategien sikrer at det er arenaer og at det er tiltak å ta i bruk for dem som ønsker, men ettersom bruk er frivillig, sikrer strategien ikke at de faktisk tas i bruk. Begrepet om helsefremming inneholder et viktig læringsaspekt (Robertson og Minkler 1994). Enkeltpersoner – barn, unge, voksne, eldre – skal lære å ta gode valg, det vil si være aktive, spise sunt, bruke alkohol i moderate mengder, aldri prøve ut narkotiske stoffer eller begynne å røyke. Den tilretteleggende strategien forsøker å styre enkeltpersoner i rett retning gjennom å overbevise dem om hva de bør gjøre. For å overbevise tas det i bruk redskaper som kampanjer og offentlig omtale av tiltak.

Den tilretteleggende strategien har begrensninger – den når ikke nødvendigvis de som trenger det mest, men som likevel ikke nødvendigvis har behov for forsterkede tjenester. Tiltak som dette er i stor grad risiko- og livsstilsorientert, og representerer ikke i tilstrekkelig grad det helsefremmende perspektivet hvor medvirkning er essensielt. Kommunene i denne undersøkelsen er opptatt av medvirkning for sine innbyggere, men utfordringen er å etablere adekvate tiltak hvor medvirkning har sin naturlige plass. Dette er og vil være en utfordring i kommunenes framtidige arbeid med folkehelse, særlig med tanke på Helsedirektoratets føring om å inkludere helsens positive påvirkningsfaktorer i kartleggingsarbeidet og utformingen av tiltak (Helsedirektoratet 2013b).

De som trenger forsterkede tjenester henvises fra lege, helsestasjon, andre medisinske arenaer, skole eller barnehage til et tiltak i en hjelpetjeneste. Slike tiltak er skjønnsbaserte og utsatt for begrensninger både av kunnskapsmessig og økonomisk karakter. I spørsmålet om kunnskap så vi at kommunene oppfatter at de har en del kunnskap om helsetilstanden i egen befolkning, men at utfordringen er å ha kunnskapsbaserte tiltak for å møte de eventuelle utfordringene det blir pekt på. Dette gjelder særlig de selektive tiltakene innenfor hjelpetjenestene. Hvordan kan og bør kommunen handle hvis det for eksempel påvises at ungdom i en kommune har dårlig søvnkvalitet? Eksemplet illustrerer at det trolig også er begrensninger knyttet til kunnskap – skal kommunene nødvendigvis ha all den kunnskapen de har mulighet til å ha? Og kan det forventes at de setter i verk tiltak for å møte alle utfordringer som avdekkes?

Enn så lenge kan det trolig ikke det. For det første fordi de som arbeider med folkehelse i kommunene er usikre på den kunnskapen de har om helsetilstanden og de er usikre på om de leser og bruker statistikk riktig. For det andre fordi det ikke er utviklet tiltak de med trygghet kan sette i verk og som de vet virker.

Samtidig er det nødvendig å se på utfordringer som dette i en større sammenheng. Det er betimelig å spørre om en kan løse slike problemer enkeltvis og isolert fra den konteksten de oppstår i. Kanskje må problemer som dette omfatte større strukturelle og samfunnsmessige endringer som ikke kommunen alene kan løse?

En annen begrensning er selvfølgelig økonomi. Samhandlingsreformens forventninger om at det er positive økonomiske ringvirkninger fra iverksatte folkehelse tiltak og reduksjon i antallet innlagte i sykehus som kommunene har betalingsansvar for, oppfattes som usikre på kommunalt nivå. At det er grunn til å være usikker understøttes av funn i Abelsen mfl (2012). Økonomisk effekt av tiltak ligger også langt fram i tid, noe kommunale intervjupersoner gir klart uttrykk for at er en utfordring. Det er heller ikke mye litteratur som tar opp denne problemstillingen, og det er dermed lite å støtte seg på både for kommuner og andre som utvikler politikk for folkehelse. Kan det forventes at kommuner selv utvikler tiltak for å møte sine folkehelseutfordringer når de ikke vet om tiltakene vil ha en positiv økonomisk effekt? Å arbeide systematisk med folkehelse tiltak, som vist i figur 1.3, synes å ha en positiv effekt på i hvilken grad folkehelse integreres i kommunenes plansystem. Vi vet likevel fortsatt lite om i hvilken grad tiltak som integreres i plan faktisk virkeliggjøres.

Et annet aspekt ved kommunenes økonomiske handlingsrom er at folkehelsearbeid i økende grad bygger på prosjektfinansiering. Dette kan sees som en måte for fylkeskommunen og statlige aktører og styre kommunenes folkehelsearbeid på. Tematiske utlysninger fremmer utvikling av kommunale tiltak på områder fylkeskommunale og statlige myndighetene ønsker å øke innsatsen på. Spørsmålet er om disse temaene er i samsvar med kommunenes mest presserende utfordringer. I tillegg er det et spørsmål om de ulike myndighetene er tilstrekkelig samordnet, eller spriker utlysningene for mye? I alle fall er det slik at både

fylker og kommuners folkehelsearbeid er mangslungent. Flere av disse aktørene har utviklet en portefølje av tiltak som dekker store deler av folkehelsearbeidets bredde. På mange måter er dette svært imponerende. På den annen side gjør dette spennet at det trolig er vanskeligere å få øye på seirene. Midlene strøs tynt utover i stedet for å satse tungt på utvalgte felt. Finansieringsformen vanskeliggjør altså kommunal prioritering på folkehelseområdet.

Her har vi pekt på noen spørsmål datamaterialet fra denne studien reiser, men som den ikke fullt ut besvarer. Folkehelse er et komplekst felt med mange ubesvarte spørsmål for framtidig forskning å dukke ned i.

Litteratur

- Abelsen, B., T. Ringholm, P-A Emaus og M. Aanesen (2012): *Hva har sambehandlingsreformen kostet kommunene så langt?* NORUT Rapport 2012:9
- Bakken, R. og P. G. Disch (2010): *Tror på paradiset på jord*,
- Berg, R. C. og V. Underland (2012): *Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og seksuell helse hos barn og unge*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 06-2012 – Systematisk oversikt
- Bergland A og I. Narum: Rapport 1: *Forskningsbasert fallforebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten: En litteraturstudie*, Høgskolen i Oslo, 2010.
- Bergland A og I. Narum: Rapport 2: *Forskningsbasert fallforebyggende arbeid i kommunehelsetjenesten*, Høgskolen i Oslo, 2011
- Eielsen, G., L. J. Kirkebøen, E. Leuven, M. Rønning og O. Raaum (2013): *Effektevaluering av intensivopplæringen i Overgangsprosjektet, Ny GIV*. Første delrapport, Statistisk sentralbyrå Rapporter 54/2013
- Grydeland, M., I. H. Berg, M. Bjelland, N. Lien, L. F. Andersen, Y. Ommundsen, K. I. Klepp og S. A. Andersen (2013): “Intervention effects on physical activity: the HEIA study – a cluster randomized controlled trial”, *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 2013, 10 -17
- Grøholt, E. K., E. Dahl og J. I. Elstad (2007): Health inequalities and the welfare state. *Norsk Epidemiologi* 2007;17 (1):3-8
- Hansen, H., N. Rasmussen og F. K. Hansen (2010): Investeringer i tidlige sociale innsatser- og samfunnsøkonomiske beregninger af innsatser i forhold til utsatte barn og unge. Center for alternativ samfunnsanalyse, CASA, København

- Hanssen, G. og M. Helgesen (2012): *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?* NIBR-rapport 2012:26
- Helgesen, M. (2012): Styring av folkehelsepolitikk i relasjonen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner. I: Hanssen mfl (red): *Det regionale Norge. 1950-2050*. Abstrakt forlag, Oslo
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering*. NIBR-rapport 2012:13
- Helgesen, M. og M. Feiring (2007): *Partnerskap for karriereveiledning. Kartlegging i tre fylker*. NIBR-rapport 2007:18
- Helgøy, I. og A. Homme (2010): *Skoleeieres og skolelederes oppfatning om nytte og relevans av nasjonalt veiledningsmaterieil*. Uni Rokkansenteret Rapport 7-2010
- Helgøy, I. og A. Homme (2012): *Ny Giv i skolen – Heflig begeistring – organisatorisk begrensning. Evaluering av Ny Giv Overgangsprosjekt*. Delrapport. Rokkansenteret, Rapport 6 2012
- Helsedirektoratet (2013): *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering*. Veileder. IS-1896
- Helsedirektoratet (2013a): *Fallforebygging i kommunen. Kunnskap og anbefalinger*. IS-2114
- Helsedirektoratet (2013b): *God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer*. IS-2110
- Helsedirektoratet 2012: *Fysisk aktivitet blant 6-, 9- og 15-åringer i Norge. Resultater fra en kartlegging i 2011*. IS-2002
- Helsedirektoratet 2010: *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (IS-1846) Oslo
- Helsedirektoratet 2010a: *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (IS-1789), Oslo
- Helsedirektoratet 2010b: *Fra bekymring til handling*, Oslo
- Holm, A., M. K. Helgesen og L. C. Risan (2013): *Kommunal variasjon i statlige veiledere og retningslinjer*. NIBR-rapport 2013:17

- Håvelsrud, K., K. T. Dahm, H. Sletsjø, L. M. Reinart (2010):
Effekten av aktivitetstilbud på eldrecenter. Rapport fra Kunnskapscenteret nr. 7, 2010. Oslo
- Kunnskapsdepartementet (2012): Midtveisrapport-NY GIV. Kunnskapsdepartementet, Oslo
- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-2011-06-24-29
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30
- Meld. Stort. 20 (2012-2013) Kunnskapsdepartementet, Oslo
- Meld. Stort. 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Meld. Stort. 34 (2012-2013): *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- Mørk, E., B. Sundby, B. Otnes, M. Wahlgren og B. Gabrielsen (2013): Pleie- og omsorgstjenesten 2012. Statistikk om tjenester og tjenestemottakere. Statistisk sentralbyrå. Rapport 43/2013
- Oldrup og Vitus (2011): Indsatser overfor utsatte 0-3-årige og deres foreldre. En systematisk forskningsoversikt. Det nasjonale forskningscenter for velfærd, København
- Raphael, D. (2012): The political economy of health promotion: part 1, national commitments to provision of the prerequisites for health. *Health Promotion International*. Vol. 28 No 1
- Robertson, A & M Minkler (1994): New Health Promotion Movement: A Critical Examination. *Health Education & Behaviour. Health Education Quarterly*. 21(3), 295–312.
- Samdal, O. (2009): ”Trivsel og helsefremmende arbeid i skolen”. I
- K. I. Klepp og L. E. Aarø (red): *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Gyldendal Akademisk, Oslo
- SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2010): *Program för at förebygga psykisk ohälsa hos barn. En systematisk litteraturöversikt* Stockholm

- Scriven, A., Hodgins M. (2012): *Health Promotion Settings. Principles and Practice*. SAGE Publications Ltd. London, Thousand Oaks, New Delhi, Singapore
- Sletten, M. A., A. Bakken og H. C. Sandslie (2013): *Oppfølgingsprosjektet i Ny GIV. En kartleggingsundersøkelse* NOVA Rapport 13/2013
- Stoker, G. (2010): Translating Experiments into Policy. *ANNALS, AAPSS*, 628, March 2010.
- St.meld.nr.47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet
- St.meld.nr.20 (2006-2007): *Nasjonal strategi for å redusere sosiale ulikheter i helse*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- St.meld.nr.16 (2002-2003): *Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken*. Helsedepartementet, Oslo
- Tjerbo, T., P. O. Aamodt, I. M. Stigen, M. Helgesen, T. Næss, C. Å. Arnesen, H. Haust og N. Frølich (2012): *Bemanning av pleie- og omsorgssektoren: Handlingsplan og iverksetting*. NIBR-rapport 2012:3
- Vüig, N. G. (2010): *Tilrettelegging for læreres deltakelse i helsefremmende arbeid: en kvalitativ og kvantitativ analyse av sammenhengen mellom organisatoriske forhold og læreres deltakelse i utvikling og implementering av Europeiske nettverk av helsefremmende skoler i Norge*. Hemil-senteret. Avhandling (Ph.d) Universitetet i Bergen
- Weiss, C. (1998): *Evaluation. Methods for studying programs and policies*. Second edition. Prentice Hall, New Jersey
- WHO (1986): *Ottawa Charter on Health Promotion*. World Health Organization
- Wold, B: (2009): “Ungdom og idrett: Stimulering av initiative, mestring og sunn livsstil”. I K. I. Klepp og L. E. Aarø (red): *Ungdom, livsstil og helsefremmende arbeid*. Gyldendal Akademisk, Oslo

Vedlegg 1

Litteratursøk

Barn og unge

Nedenfor presenteres sammendrag/hovedfunn for relevante artikler og dokumenter, sortert etter temaene 1) fysisk aktivitet, 2) kosthold og 3) fysisk aktivitet og kosthold, og i forhold til målgruppene 1) barn og unge og 2) eldre. Ingen av de relevante studiene/oversiktene har studert kostnadseffektivitet av tiltakene. Behandlings- og rehabiliteringsstudier er ekskludert, da de ikke omfatter «folkehelse og forebygging». Kun engelsk- eller nordiskspråklige studier er inkludert. Da mange av presenterte intervensjoner er gjennomført i andre land og evaluert kun en gang, bør en være forsiktig med å anbefale tilsvarende gjennomført i norske kommuner før de er evaluert grundigere og validert for norske forhold. Liknende tiltak som er evaluert mange ganger, som i oversiktsartikler, vil muligens kunne anbefales videre, men det vil i mange tilfeller være nødvendig å søke videre i originalartiklene for å finne detaljene rundt utforming av tiltakene. Disse er som regel ikke godt nok beskrevet i oversiktsartiklene.

Relevante effektstudier av fysisk aktivitetstiltak for barn/unge:

1)

Dobbins M., Husson H., DeCorby K., LaRocca R. L.

School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18

Cochrane Database Systematic Review, 2013 Feb 28;2:CD007651.
doi: 10.1002/14651858.CD007651.pub2

Formål: Formålet med denne systematiske oversiktsartikkelen er å oppsummere kunnskap om effekten av skolebaserte intervensjoner for å fremme fysisk aktivitet og fysisk form hos barn og unge.

Metode: Studier gjennomført frem til oktober 2011 er inkludert. Inkluderte studier skulle undersøke intervensjoner som er relevante for folkehelsearbeidet, dvs. ikke gjennomført av leger, men av ansatte i lokale folkehelseenheter. Intervensjonene skulle være implementert i skolesettinger og ha som mål å fremme fysisk aktivitet og vare i minst 12 uker. Kun randomiserte kontrollerte studier med rapporterte utfall for barn og unge (6-18 år) er inkludert. Intervensjonene måtte rette seg mot alle barna på skolen (universelle). Primære utfallsvariabler inkluderte: moderat til anstrengende fysisk aktivitet i løpet av skoledagen og tid brukt til å se på TV. Sekundære utfallsvariabler inkluderte blodtrykk, kolesterol, body mass index (BMI), maksimalt oksygenopptak og puls.

Resultater: 44 studier ble inkludert i studien, med data på til sammen 36 593 deltakere. Det var noe dokumentasjon på at skolebaserte fysisk aktivitetsintervensjoner økte andel barn som var moderat til anstrengende fysisk aktive i løpet av skoledagen, reduserte tid brukt til å se på TV og økte maksimalt oksygenopptak. Generelt hadde intervensjonene lite effekt på fysisk aktivitetsnivå på fritiden, blodtrykk, BMI og puls. Effektive intervensjoner besto av en kombinasjon av trykt undervisningsmateriale og endringer i pensum.

Konklusjon: Det var noe evidens for positive effekter av skolebaserte fysisk aktivitetsintervensjoner. Mange av studiene ble vurdert til ikke å ha optimal metodisk kvalitet, og resultatene må derfor tolkes med forsiktighet. Det er også behov for langtidseffekter av slike studier.

Relevante effektstudier av fysisk aktivitetstiltak for eldre
Håvelsrud K., Thuve Dahm K., Sletsjøe H., Reinart L.M.

Effekten av aktivitetstilbud på eldre

Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr 07-2011 – Systematisk oversikt; ISBN 978-82-8121-397-5

Denison E., Underland V., Nilsen E. S., Fretheim A.

Effekter av tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk

aktivitet hos voksne. Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten nr 19–2010 – systematisk oversikt over oversikter; ISBN 978-82-8121-367-8

Formål: Hva er effekten av ulike individrettede og befolkningsrettede tiltak utenfor helsetjenesten for å øke fysisk aktivitet 1) hos voksne generelt og 2) hos grupper i befolkningen som i gjennomsnitt antas å ha et lavere fysisk aktivitetsnivå og dårligere helse, f. eks. **eldre**, personer med innvandrerbakgrunn (ikke-vestlige), og personer med funksjonsnedsettelse?

Metode: De søkte etter litteratur med følgende studiedesign: Systematiske oversikter med høy metodisk kvalitet som inkluderte kontrollerte studier (randomiserte kontrollerte forsøk, kvasirandomiserte forsøk, kluster-randomiserte forsøk, kluster-kvasi-randomiserte forsøk, kontrollerte avbrutte tidsserieanalyser eller avbrutte tidsserieanalyser, kontrollerte før-etter studier).

Resultater og konklusjon:

De inkluderte ni systematiske oversikter som de vurderte å ha høy metodisk kvalitet. På bakgrunn av deres oppsummering av resultatene og vurdering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget for effekter av tiltak for økt fysisk aktivitet, kunne de trekke følgende slutninger:

Individrettede tiltak:

- Sosial støtte og støtte via internett eller telefon bidrar trolig til en økning av fysisk aktivitetsnivå på kort sikt.
- Rådgivning, trening og undervisningsmaterieell kan muligens bidra til økt fysisk aktivitetsnivå på kort og lang (> 12 måneder) sikt.
- Elektronisk, individuelt tilpasset støtte, kort rådgivning, bruk av skritteller og programmer for aktiv pendling kan muligens bidra til økt fysisk aktivitetsnivå på kort sikt.

Befolkningsrettede tiltak:

- Bruk av skilt som oppfordrer til å bruke trappa ved heiser og rulletrapper, kampanjer i lokalmiljøet, og forbedret adgang til anlegg og områder for idrett og fysisk aktivitet kan muligens bidra til en liten økning av fysisk aktivitet.

- For kampanjer i media, kampanjer for å fremme gangturer eller sykling til jobb samt overordnet byplanlegging og tilrettelegging av veier og gater kan det ikke trekkes sikre slutninger om hvorvidt tiltakene bidrar til økt fysisk aktivitet.

NB! De vurderer at konklusjonene er gyldige for voksne generelt, men **ikke nødvendigvis** for grupper i befolkningen som i gjennomsnitt antas å ha et lavere fysisk aktivitetsnivå og dårligere helse, f. eks. **eldre**, personer med innvandrerbakgrunn (ikke-vestlige) og personer med funksjonsnedsettelse.

[McAuley E](#), [Wójcicki TR](#), [Gothe NP](#), [Mailey EL](#), [Szabo AN](#), [Fanning J](#), [Olson EA](#), [Phillips SM](#), [Motl RW](#), [Mullen SP](#).

[Effects of a DVD-delivered exercise intervention on physical function in older adults.](#)

J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2013 Sep;68(9):1076-82. doi: 10.1093/gerona/glt014. Epub 2013 Feb 11.

Formål: Det er behov for effektive tiltak for å forbedre fysisk funksjon hos eldre slik at de kan opprettholde dagliglivsaktiviteter. Denne studien måler effekten av et nytt 6 måneder langt hjemmebasert DVD-formidlet treningsprogram som fokuserer på smidighet, balanse og fysisk funksjon hos eldre.

Metode: 307 eldre ble rekruttert fra 83 byer i sentral Illinois. Inklusjonskriteriene var: tidligere inaktiv, minst 65 år, engelsktalende, godkjennelse fra lege og villig til å la seg randomisere til enten treningsintervensjon eller kontrollgruppe. Det ble gjennomført funksjonstester ved baseline og etter 6 måneder med intervensjon.

Resultater: Intervensjonsdeltakerne viste signifikante forbedringer i tester av fysiske ferdigheter, smidighet i bein og styrke i overkropp. Det var ingen intervensjonseffekt på selvrapportert funksjonsbegrensninger.

Konklusjon: Studien viste positive effekter av et lavkostnads DVD-treningsprogram på fysisk funksjon hos eldre.

Relevante effektstudier av kostholdstiltak for barn/unge:

Van Cauwenberghe E, Maes L, Spittaels H, van Lenthe FJ, Brug J, Oppert JM, De Bourdeaudhuij I.

Effectiveness of school-based interventions in Europe to promote healthy nutrition in children and adolescents: systematic review of published and 'grey' literature.

British Journal of Nutrition.2010;103(6):781-797.

Formål: Å undersøke effekten av skolebaserte intervensjoner i Europa for å fremme et sunt kosthold hos barn og unge.

Metode: Det ble gjennomført systematiske søk i publisert litteratur samt i "grå" litteratur. Europeiske studier som evaluerte effekten av skolebaserte intervensjoner for å fremme et sunt kosthold hos barn og unge fra 6 til 18 år ble inkludert. Intervensjonene skulle måle effekt på kostholdsattferd og/eller antropometriske mål. Kun primærforbyggende intervensjoner ble inkludert. Inkluderte studier evaluerte undervisningsrelaterte tiltak og strukturelle tiltak (endringer i skolelunsj, økt tilgang til sunn mat, utdeling av frukt og grønnsaker), eller en kombinasjon av disse. De fleste studier involverte familien og var klasseromsbaserte. I noen studier var målgruppen barn og unge med lav sosioøkonomisk status eller av etnisk minoritet. De fleste studier var gjennomført i Storbritannia.

Resultater: 42 studier ble inkludert (n= 72 600). Oppfølgingstid varierte fra 2 uker til 5 år. Barn: Det var begrenset evidens for at undervisningsintervensjoner hadde effekt på barnas kostholdsattferd. Flere studier viste positive effekter av utdeling av frukt og grønt eller frokosttiltak på kostholdsattferd, men disse hadde moderat til svak metodisk kvalitet. Det er sterke bevis for at intervensjoner som kombinerer utdeling av av frukt og grønt med undervisningstiltak økte inntaket av frukt og grønt. Det kan ikke konkluderes på effekten av tiltakene på antropometriske mål.

Ungdom: Det er moderat evidens for positive effekter av undervisningstiltak på kostholdsattferd. To svake studier rapporterte motstridende resultater for effekten av strukturelle tiltak på kostholdsattferd. Det var begrenset evidens for effekten av kombinerte strukturelle og undervisningstiltak på kostholdsattferd – 4 svake studier viste positive effekter. Det kan ikke konkluderes på effekten av tiltakene på antropometriske mål.

Konklusjon: Det er noe evidens for at flertiltaksintervensjoner med mål å fremme et sunnere kosthold hos barn i skolealder i land i Europa hadde positiv effekt på selv-rapportert kostholdsatferd. Det er utilstrekkelig bevis for effekten av intervensjonene på antropometriske overvektsrelaterede mål. Kostnadseffektivitet var ikke vurdert.

Reinar L. M., Nylund H. K., Nordheim L., Aarum A. K. O., Jamtvedt G. **Kan tiltak i skole og lokalsamfunn påvirke barn og unge til å spise mer frukt og grønt?**

Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr 12 – **Obs: 2004** – Systematisk oversikt over systematiske oversikter; ISBN 82-8121-012-5

Formål: Finnes det forskningsbasert kunnskap om effekt av tiltak som påvirker barn og unges matvaner med særlig vekt på frukt og grønnsaker? Dersom det finnes virksomme skolebaserte tiltak; hva innebærer disse for praksis?

Metode: Inkludert systematiske oversikter som omhandlet: ernæring med vektlegging på frukt og grønt, *populasjon:* barn og ungdom, *tiltak:* skolebaserte programmer, *utfall:* forbruket av frukt og grønt. Siste søk i databaser ble foretatt i januar 2003.

Resultater/konklusjon: Åtte systematiske oversikter ble inkludert. De er publisert i tidsrommet 1995 til 2002.

Enkeltstudiene som disse har inkludert, er publisert i tidsrommet **1980 til 2000.**

1. Skolebaserte programmer med hensikt å fremme sunne kostvaner har en liten, men klar, positiv effekt på matvanene til elevene.
 - Intervensjoner med sammensatte tiltak og høy intensitet som foregår over lengre tidsrom, virker best.
 - Ernæringsopplysning alene i skolen kan i begrenset grad påvirke barns kostvaner. Økt kunnskap alene endrer ikke nødvendigvis holdninger og atferd. Programmer som bruker sosial læringsteori og involverer elevene, virker bedre enn ren ”kateterundervisning”.
 - Ungdoms kostvaner lar seg ikke påvirke i samme grad som hos yngre aldersgrupper, men kunnskapsnivået øker i alle aldersgrupper.

- Virkningen av å bruke medelever i undervisning og som rollemodeller ("peers") er uklar. Forskningen er i hovedsak basert på annen atferd enn påvirkning av inntak av frukt og grønnsaker
- Det er lettere å få jenter til å spise mer frukt og grønnsaker enn det er å få gutter til å spise mer. Det er lettere å øke konsumet av frukt enn av grønnsaker.
- Ungdom er mer opptatt av hva de liker og ikke liker enn hva som er sunt.
- Ingen studier kan vise til økt forbruk av frukt og grønt opp mot et mål om "Fem om dagen". Det vil si at de fleste barn og unge i studiene spiser mindre frukt og grønt enn det som anbefales, også etter at tiltak er iverksatt.
- I Norge brukes massemediekampanjer og pris som tiltak i tillegg til strategier i skolene. Vi fant ikke systematiske oversiktsartikler hvor disse tiltakene er vurdert alene, men bruk av massemedia og tiltak rettet mot familier er med i enkelte av de inkluderte studiene.

[Giles CM](#), [Kenney EL](#), [Gortmaker SL](#), [Lee RM](#), [Thayer JC](#), [Mont-Ferguson H](#), [Cradock AL](#).

[Increasing water availability during afterschool snack: evidence, strategies, and partnerships from a group randomized trial.](#)

Am J Prev Med. 2012 Sep;43(3 Suppl 2):S136-42. doi: 10.1016/j.amepre.2012.05.013.

Formål: Å evaluere effekten av en intervensjon med mål om å fremme vann som drikkevalg i "etterskoleprogrammer"/SFO.

Metode: "Out of School Nutrition and Physical Activity Initiative (OSNAP)" brukte en befolkningsbasert samarbeids- og lavkoststrategi for å fremme drikking av vann på «SFO». Det ble benyttet en gruppe-RCT for å evaluere intervensjonen. 20 "SFOer" i Boston ble randomisert til enten intervensjon eller kontroll. Det ble etablert samarbeid mellom ansvarlige for kosthold i Boston-skolene, "SFO" – personale og forskere. Disse etablerte et system som sørget for at vann ble tilbudt i «SFO»-måltidet. Materiale fra intervensjonen er tilgjengelig på www.osnap.org.

Resultater: Intervensjonen økte gjennomsnittlig volum vann som ble servert under måltidet (+3.6 ounces/dag; $p=0.01$), og reduserte inntaket av energi fra annen drikk under måltidet med gjennomsnittlig 60.9 kcal/dag ($p=0.03$).

Konklusjon: Studien viser at intervensjonen, inkludert tiltak for å bryte strukturelle barrierer og styrke samarbeid med nøkkelpersoner, kan øke mengden vann tilbudt ved måltider i «SFO».

[Bleich SN](#), [Herring BJ](#), [Flagg DD](#), [Gary-Webb TL](#).
[Reduction in purchases of sugar-sweetened beverages among low-income Black adolescents after exposure to caloric information.](#)

Am J Public Health. 2012 Feb;102(2):329-35. doi: 10.2105/AJPH.2011.300350. Epub 2011 Dec 15.

(sannsynligvis ikke relevant på kommunenivå)

Formål: Å undersøke effekten av en intervensjon der informasjon om energiinnhold i sukkerholdige drikker oppgis, på antall kjøp av sukkerholdige drikker.

Metoder: Det ble benyttet en «case-crossover» design med 4 lokale butikker i lav-inntekts nabolag i Baltimore, USA. Drikkevarerne ble tilfeldig merket med informasjon om enten: 1) absolutt kaloriinnhold, 2) andel av totalt anbefalt daglig energiinntak og 3) hva energiinnholdet i drikken tilsvarer i fysisk aktivitet. Det ble samlet inn data fra 1600 innkjøp av drikk, blant mørkhudede ungdommer i alderen 12-18 år, inkludert 400 under en baseline periode, og 400 for hver av de 3 intervensjonene.

Resultater: Bruk av hvilken som helst av informasjonene resulterte i en signifikant reduksjon i kjøp av sukkerholdig drikk sammenlignet med baseline (odds ratio [OR] = 0.56; 95% confidence interval [CI] = 0.36, 0.89). Når de 3 strategiene ble evaluert separat vedvarte effekten kun ved informasjon om energiinntaket i fysisk aktivitetsekvivalenter (OR = 0.51; 95% CI = 0.31, 0.85).

Konklusjon: Å formidle lettforståelig kalori-informasjon, spesielt i form av fysisk aktivitetsekvivalenter, kan redusere kaloriinntaket

fra sukkerholdige drikker hos mørkhudede ungdommer fra lav-
inntektsfamilier.

[Muckelbauer R, Libuda L, Clausen K, Reinehr T, Kersting M.](#)
[A simple dietary intervention in the school setting decreased
incidence of overweight in children.](#)

Obes Facts. 2009;2(5):282-5. doi: 10.1159/000229783.

Formål: Studien analyserte effekten av en intervensjon som
kombinerte strukturelle og undervisningstiltak for å fremme
vannforbruk, på forekomst av overvekt blant skolebarn.

Metode: 2950 andre- og tredjeklassinger i 32 barneskoler i nabolag
med lavt sosioøkonomisk status i to tyske byer deltok i en
randomisert kontrollert intervensjonsstudie (august 2006-juni
2007). Det ble i intervensjonsskolene (N= 17) installert
vannfontener, delt ut en vannflaske til hvert barn, i tillegg til at
lærerne gjennomførte undervisning for å fremme vannforbruk.
Kontrollskolene (N= 15) mottok ingen intervensjon.
Kroppshøyde og -vekt ble målt før og etter intervensjonen for å
kartlegge endringer i overvekt og fedme. Barnas inntak av drikke
de 24 siste timene ble selvrapporert før og etter intervensjonen.

Resultater: Forekomsten av overvekt var signifikant lavere i
intervensjonsgruppen (3.8%) enn i kontrollgruppen (6.0%, p=
0.018) etter intervensjonen.

Konklusjon: En enkel intervensjon med kun fokus på å fremme
vanninntak var effektiv i å redusere forekomsten av overvekt blant
skolebarn.

[Herman DR, Harrison GG, Afifi AA, Jenks E.](#)
[Effect of a targeted subsidy on intake of fruits and vegetables
among low-income women in the Special Supplemental
Nutrition Program for Women, Infants, and Children.](#)

Am J Public Health. 2008 Jan;98(1):98-105.

Formål: Studien målte effekten av subsidiering av frukt og
grønnsaker på forbruket av frukt og grønnsaker som del av
prosjektet “the Special Supplemental Nutrition Program for
Women, Infants, and Children (WIC)”.

Metode: 602 kvinner som tok del i et kostholdstilbud for kvinner etter fødsel ble anvist til enten intervensjonsgruppe som fikk frukt- og grøntkuponger (til bruk enten på markedet eller et supermarked) eller kontrollgruppe (mottok en oppmuntring ikke relatert til mat). Intervensjonen varte i 6 måneder, og deltakernes kosthold ble registrert 6 måneder utover det igjen.

Resultater: Deltakerne i intervensjonsgruppen økte forbruket av frukt og grønnsaker og denne økningen var vedlikeholdt 6 måneder etter intervensjonen var ferdig. Deltakere i «markedgruppen» økte med 1.4 porsjoner per 4186 kJ (1000 kcal) matforbruk ($P < .001$) fra før til etter intervensjonen sammenlignet med kontrollene, mens tilsvarende tall for deltakerne i “supermarkedgruppen” var 0.8 ($P = .02$).

Konklusjon: Undersøkelsen viste at deltakerne satte pris på ferske frukt og grønnsaker (fra markedet), og utdeling av frukt- og grønnsakskuponger kan øke inntaket av frukt og grønnsaker.

Relevante effektstudier av kostholdstiltak for eldre:

Ingen

Relevante effektstudier av kombinerte fysisk aktivitets- og kostholdstiltak for barn/unge:

Naul R., Schmelt D., Dreiskaemper D., Hoffmann D., l’Hoir M.
‘Healthy children in sound communities’ (HCSC/gkgk)—a Dutch–German community-based network project to counteract obesity and physical inactivity.
Family Practice. Jan2012 Supplement 1, Vol. 29 Issue suppl_1, pi110-i116.

Formål/metode: En fireårig integrert multikomponent intervensjonstilnærming (fysisk aktivitet, kosthold, folkehelse, strukturelle forhold) for å fremme aktiv livsstil hos barn og unge ble implementert på 39 barneskoler i 12 kommuner ved grensen mellom Tyskland og Nederland. Intervensjonen inkluderte 3 ukentlige timer med helsefremmende kroppsøving, 2 ukentlige timer med fysisk aktivitet ledet av idrettsklubber, 1 ukentlig time med tverrfaglig undervisning i helse og kosthold. Det ble også satt

fokus på aktiv transport til og fra skolen. Elevene testes årlig for fysisk form, motorisk utvikling, BMI.

Resultater: De første resultatene viser signifikant økning i utholdenhet, koordinasjon, hastighet og styrke.

Konklusjon: Foreløpige resultater indikerer potensialet for en multikomponent og multi-sektoriell intervensjonstilnærming for å motvirke overvektsutviklingen og øke fysisk form og motorisk utvikling hos skolebarn.

Nylenna M., Berg R. C., Underland V.

Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og seksuell helse hos barn og unge Rapport fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, nr 06 – 2012, ISBN 978-82-8121-476-7 - Systematisk oversikt

Formål/metode: Systematisk oversikt over nyere systematiske oversikter. Søket ble avsluttet i januar 2012. Alle systematiske oversikter som omhandlet helsefremmende eller forebyggende tiltak for barn og unge gjeldende kosthold, fysisk aktivitet, overvekt, seksuell helse og sosial helse ble inkludert. Kun systematiske oversikter av høy metodisk kvalitet er inkludert.

Resultater/konklusjon: De inkluderte seks systematiske oversikter av høy kvalitet. Oversiktene var brede, derfor fremsto tiltakene som svært generelle. På bakgrunn av oppsummeringen av resultatene og vurdering av kvaliteten på kunnskapsgrunnlaget for langtidseffekten av tiltakene i de inkluderte oversiktene kan følgende slutninger trekkes:

- Det ser ut til at skolebaserte tiltak for å fremme et sunt kosthold fører til at barn og unge spiser mer frukt og grønnsaker.
- Det er ikke grunnlag for å konkludere om skolebaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet har effekt på barn og unges fysiske aktivitetsnivå (det fins for lite dokumentasjon av god kvalitet).

- Det ser ikke ut til at tiltak som betoner fysisk aktivitet og kostholdsundervisning for å forebygge overvekt hos 0-5-åringene, fører til mindre overvekt.
- Det er ikke grunnlag for å konkludere om tiltak som vektlegger økt fysisk aktivitet og sunt kosthold for å forebygge overvekt hos barn og unge i alderen 6-18 år fører til mindre overvekt (det fins for lite dokumentasjon av god kvalitet).
- Det ser ikke ut til at tiltak for seksuell avholdenhet er effektive for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner eller graviditet hos barn og unge.
- Det ser ikke ut til at tiltak for seksuell avholdenhet samt sikre sexstrategier er effektive for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner eller graviditet hos barn og unge.
- Vi fant ingen systematiske oversikter om effekten av helsefremmende tiltak angående sosial helse blant barn og unge som møtte våre inklusjonskriterier.

De Bourdeaudhuij I, Van Cauwenberghe E, Spittaels H, Opper JM, Rostami C, Brug J, Van Lenthe F, Lobstein T, Maes L.

School based interventions promoting both physical activity and healthy eating in Europe: a systematic review within the HOPE project. *Obesity Reviews*.2011;12(3):205-216.

Formål: Å evaluere effekten av skolebaserte intervensjoner med mål å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet hos barne- og ungdomsskoleelever i Europa.

Metode: Studier publisert mellom 1990 og 2007 ble inkludert. De skulle ha primærførebygging av overvekt som fokus. Inkluderte studier ble gruppert etter type intervensjon: undervisningsintervensjoner, strukturelle eller politikkbaserte intervensjoner eller en kombinasjon av disse to typene. Oppfølgingstiden varierte fra under 3 mnd til 12 mnd.

Resultat: Elleve studier med 13 770 deltakere ble inkludert.

Barneskole (6 studier): To studier som kun inkluderte undervisningstiltak viste økning i kunnskap om ernæring, men bare

delvis effekt på kostholds- og fysisk aktivitetsatferd. Det ble ikke funnet effekt på BMI eller andel overvektige barn. Fire studier evaluerte flertiltaksintervensjoner og fant mer positive resultater. To av disse studiene rapporterte økning i kunnskap om ernæring og/eller fysisk aktivitet. En studie fant en reduksjon i andel overvektige jenter. En studie fant forbedringer i fysisk aktivitetsnivå, fettinntak og BMI. Andre studier viste ingen effekt på BMI. Ungdomsskole (6 studier): 3 av studiene besto av kun undervisningstiltak. En viste signifikante gunstige effekter på kunnskap om fysisk aktivitet og ernæring, men ingen effekt på atferd. En viste ingen effekt på determinanter for fysisk aktivitet og kosthold eller atferd. En viste ingen effekt på kosthold, men økning i fysisk aktivitet. Kun en studie undersøkte endringer i BMI og fant en liten økning i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen. En flertiltaksintervensjon viste større reduksjon i fettinntak og mindre økning i BMI hos jenter i intervensjonsgruppen sammenlignet med kontrollgruppen, samt en mindre reduksjon i fysisk aktivitet hos både gutter og jenter. En annen fant ingen effekt på atferd eller BMI, men rapporterte gunstige endringer i hudfoldtykkelse hos både gutter og jenter.

Konklusjon: Forfatterne konkluderer med at en kombinasjon av undervisnings- og strukturelle tiltak er den beste tilnærmingen i skolebaserte intervensjoner for å fremme et sunt kosthold og fysisk aktivitet hos europeiske barn og unge.

Waters E., de Silva-Sanigorski A., Burford B. J., Brown T., Campbell K. J., Gao Y., Armstrong R., Prosser L., Summerbell C. D.

Interventions for preventing obesity in children

Cochrane Database Systematic Reviews, 2011 Dec
7;(12):CD001871. doi: 10.1002/14651858.CD001871.pub3.

Formål: Reviewen har som mål å evaluere fedmeforebyggende intervensjoner hos barn, målt ved endring i BMI.

Metoder: Litteratursøk ble gjennomført i mars 2010. Kun kontrollerte studier med varighet lenger enn 12 uker er inkludert.

Metaanalyser ble gjennomført med bruk av BMI som utfallsvariabel.

Resultater: Reviewen inkluderer 55 studier. Metaanalysen inkluderte 37 studier (27 946 barn) og viste at intervensjonene generelt var effektive i å redusere BMI.

Konklusjon: Det er funnet sterk støtte for gunstige effekter av intervensjon for å forebygge fedme blant barn, spesielt blant de som hadde 6-12-åringer som målgruppe. Resultatene må likevel tolkes med forsiktighet pga stor variasjon i effekter og metodiske svakheter ved en del studier. En rekke ulike tiltak ble anvendt i gjennomgåtte studier, og selv om det ikke er mulig å si noe om hvilke tiltak som bidro sterkest til de positive funnene, indikerer datasyntesen at følgende tiltak kan ha potensial:

- Integrere fokus på ernæring, fysisk aktivitet og kroppsbilde i pensum
- Flere timer med fysisk aktivitet og utvikling av basale bevegelsesferdigheter gjennom skoleuken
- Forbedre kvaliteten på maten som tilbys på skolen
- Strukturelle og kulturelle tiltak som støtter barn til å spise sunnere og være mer fysisk aktive hver skoledag
- Støtte for lærere og annet skolepersonell til å implementere helsefremmende strategier og tiltak (f.eks. kompetanseutvikling)
- Støtte til foreldre og hjemmeaktiviteter som oppmuntrer barna til å være mer aktive, spise sunnere og bruke mindre tid på skjermaktiviteter

Relevante effektstudier av kombinerte fysisk aktivitets- og kostholdstiltak for eldre:

Ingen studier funnet for denne kategorien

Health promotion

Håvelsrud K, Dahm K. T., Sletsjøe H, Reinart L. M. (2010): *Effekten av aktivitetstilbud på eldresenter*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr. 7, 2011. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2010.

Bakgrunn: Antall eldre vil mer enn fordobles fram mot 2050. Hovedmålet med eldresentre er å forebygge sosiale isolasjon og å opprettholde sosiale aktivitet og funksjonsevne hos brukerne, både fysisk og psykisk.

Hensikt: Å kartlegge erfaringer og samle informasjon om forebygging av sykdom og sosial isolasjon hos eldre, og hvordan samfunnet kan legge til rette for en aktiv alderdom og gode tjenester for denne gruppen.

Metode: Systematisk litteraturstudie

Resultat: Man fant ikke studier som måler helseeffekt av å benytte eldresentre, sammenlignet med å ikke bruke eldresentre. Ingen studier målte effekt på sosial isolasjon og deltagelse. Resultatene ellers er usikre pga kvaliteten på studiene. De fleste studiene vurderte effekt av ulike aktiviteter for de som allerede benyttet sentrene. Deltagelse i fysiske treningsprogram kan gi bedre balanse og økt muskelstyrke i bena, men det er usikkert om treningsprogrammene har effekt på livskvalitet, mestring av daglige aktiviteter eller utholdenhet. Det er usikkert om fysiske treningsprogram har effekt på egenopplevd helse eller om trening og kognitiv atferdstrening har effekt på fall. Det er videre usikkert om eldre som deltar i kreative aktiviteter blir med tilfredse sammenlignet med eldre som deltar i andre aktiviteter. Behov for videre forskning og forskning på norske forhold.

Hammerstrøm K., Bjørndal A, (2007): *Arkitektur og design for livskvalitet og helse. En kartlegging av foreliggende forskning*. Rapport nr 20 – 2007. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Bakgrunn: Det er behov for mer kunnskap om effekt av omgivelser på helsen.

Hensikt: Studien er en kartlegging for å gi en deskriptiv beskrivelse av hva som finnes av forskning på helseeffekter av arkitektur og design, spesielt fokus på forskning som undersøker effekt av livskvalitet og helse for pasienter ved sykehus, sykehjem eller andre institusjoner

Metode: Systematisk litteraturstudie

Resultater: Fant flere studier innen temaene distraksjon, effekt av sollys i pasientrom, effekt av oppussing av avdelinger både ved somatiske og psykiatriske sykehus og interiørtiltak for å redusere støy.

Det gis ingen oppsummering av de enkelte kategoriene

Grydeland M., I. H. Bergh, M. Bjelland, N. Lien¹, L. F. Andersen, Yngvar Ommundsen, K.I. Klepp, and S. A. Anderssen (2013): *Intervention effects on physical activity: the HEIA study - a cluster randomized controlled trial*. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity 2013, 10:17

Bakgrunn: Studie av skolebasert intervensjon der målet var å fremme fysisk aktivitet hos ungdom.

Hensikt: Å undersøke effekt av et skolebaserte intervensjonsprogram; the HEalth in Adolescents (HEIA).

Metode: En klynge-randomisert kontrollert 20 måneders studie, der 700 11-åringer var inkludert. Vekt og høyde ble målt objektivt, og elevene rapporterte selv pubertetsstatus i et spørreskjema, og foreldrene oppga eget utdanningsnivå i samtykkeskjemaet. I studien ble det sett på grad av endringer i fysisk aktivitet, og i forhold til variablene kjønn, vekt, opprinnelig fysisk aktivitet og foreldrenes utdanningsnivå.

Resultater: Omfattende skolebaserte intervensjoner som består av flere ulike komponenter, kan bidra til økt fysiske aktivitet blant ungdom. I denne studien synes effekten å være større for jenter enn gutter, for lav-aktiv ungdom i forhold til høy-aktiv ungdom, for deltakerne med normalvekt sammenlignet overvektige, og for deltakere med foreldre i midtre utdanningsnivå, i motsetning til de med høyt og lavt utdanningsnivå. Implementering av HEIA intervensjonen i skolen kan ha en gunstig effekt på folkehelsen gjennom økt fysiske aktivitet blant unge, og spesielt blant jenter og lav-aktiv ungdom spesielt.

Berg, Rigmor C og Vigdis Underland (2012): *Effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak på kosthold, fysisk aktivitet, overvekt og*

seksuell helse hos barn og unge . Rapport fra Kunnskapssenteret nr 06 - 2012 - Systematisk oversikt

Bakgrunn: Utgangspunkt i tenkningen om at forebygging av uheldige levevaner blant barn og unge kan gi bedre helse gjennom hele livet.

Formål: Å fremskaffe oversikt av effekt av helsefremmende tiltak, for eksempel for å fremme fysisk aktivitet og sunt kosthold.

Metode: Seks systematiske oversikter av høy kvalitet ble inkludert. Oversiktene var brede, derfor fremsto tiltakene som svært generelle.

Konklusjon: Det ser ut til at skolebaserte tiltak for å fremme et sunt kosthold fører til at barn og unge spiser mer frukt og grønnsaker. Det er ikke grunnlag for å konkludere om skolebaserte tiltak for å fremme fysisk aktivitet har effekt på barn og unges fysiske aktivitetsnivå (det fins for lite dokumentasjon av god kvalitet). Det ser ikke ut til at tiltak som betoner fysisk aktivitet og kostholdsundervisning for å forebygge overvekt hos 0-5-åringer, fører til mindre overvekt. Det er ikke grunnlag for å konkludere om tiltak som vektlegger økt fysisk aktivitet og sunt kosthold for å forebygge overvekt hos barn og unge i alderen 6-18 år fører til mindre overvekt (det fins for lite dokumentasjon av god kvalitet). Det ser ikke ut til at tiltak for seksuell avholdenhet er effektive for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner eller graviditet hos barn og unge. Det ser ikke ut til at tiltak for seksuell avholdenhet samt sikre sexstrategier er effektive for å forebygge seksuelt overførbare infeksjoner eller graviditet hos barn og unge. Fant ingen gode nok systematiske oversikter om effekten av helsefremmende tiltak angående sosial helse blant barn og unge

Aslak Fyhri * og R. Hjorthol (2009): *Children's independent mobility to school, friends and leisure activities*. Journal of Transport Geography 17 (2009) 377–384. (lest 05.11.13).

Bakgrunn: Studien tar utgangspunkt i at økt daglig bruk av bil for å transportere barn kan føre til miljøproblemer, bidra til økt overvekt og mindre selvstendighet blant barn.

Hensikt: Å lære om forflytning (mobility) i et nasjonalt utvalg av norske barn, og å kartlegge variabler som kan ha betydning for valg av transport til skole og fritidsaktiviteter.

Metode: Undersøkelsen er basert på den norske nasjonale reiseundersøkelsen fra 2005, og i tillegg ble det gjennomført en survey om barnas fysiske omgivelser og aktiviteter. Respondenter til den siste undersøkelsen var foreldre til barn i alderen 6-12 år, rekruttert fra samme undersøkelse.

Resultat: Barna blir fraktet hyppigst med bil i vintermånedene. I sommermånedene gikk 40% av norske barn til skolen, og 22% brukte sykkel. Nesten 25 % ble kjørt, mens 17 % bruker offentlig transport. Det er liten forskjell i bussbruken sommer/vinter. Den viktigste forskjellen mellom sommer og vinter er det store skifte i bruk av sykkel. Bare 12% sykler i vintermånedene. Foreldrenes begrunner hvorfor barna blir kjørt ulikt, men den hyppigste årsaken er at skolen ligger på vei til foreldrenes arbeidssted (og ikke at det er trafikkfarlig vei). 20 prosent kjørte fordi skoleveien er utrygg. Den vanligste måten å komme til fritidsaktiviteter var med bil, med unntak av at man går til ungdomskubbene.

Avstanden til skolen og barnas alder hadde størst betydning for barnas uavhengige forflytning. Trafikkmiljøet ble vurdert via foreldrenes trygghetsopplevelse.

I De Bourdeaudhuij¹, S te Velde², J Brug², P Due³, M Wind⁴, C Sandvik⁵, L Maes⁶, A Wolf⁷, C Perez Rodrigo⁸, A Yngve⁹, I Thorsdottir¹⁰, M Rasmussen³, I Elmadfa⁷, B Franchini¹, and K-I Klepp¹². (2008): *Personal, social and environmental predictors of daily fruit and vegetable intake in 11-year-old children in nine European countries*. European Journal of Clinical Nutrition (2008) 62, 834–841.

Hensikt: Å undersøke mulig betydning av personlige, sosiale og fysiske omgivelser for daglig inntak av frukt og grønnsaker for 11 åringer (gutter og jenter) i ni europeiske land, til sammen 13305 personer (90,5% deltagelse).

Metode: Tverrsnittstudier gjennomført i 2003.

Resultat: 43.2% spiste frukt hver dag, og 46.1% spiste grønnsaker hver dag. Det daglige inntaket var hovedsakelig koplet til nasjonale

anbefalinger, positiv self-efficacy, smak og preferanser, foreldrene som modeller og krav fra foreldre, og tilgang på frukt i skolen. Dette var likt for alle land når det gjelder fruktinntak, noe som intenderer muligheter for like typer intervensjoner i disse landene. Når det gjelder grønnsaker var det mindre konsistens mellom landene, noe som antagelig kan skyldes ulikheter mellom land når det gjelder matvaner og preparering av grønnsaker.

Konklusjon: Studien viser at spesielt kombinasjoner av personlige og sosiale faktorer er relatert til daglig inntak av frukt og grønnsaker blant skolebarn. Dette viser at brede intervensjoner basert på en rekke individuelle og sosiale faktorer, sannsynligvis har størst effekt i arbeidet for å fremme inntak av frukt og grønt blant barn.

Dahm KT, Landmark B, Reinar LM (2010): *Effekt av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår*. Rapport fra Kunnskapssenteret nr 15-2010. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

Bakgrunn: Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er lovpålagte tjenester i Norge. Tjenesten skal bidra til flere gode levekår med god helse og redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Det skal være et lavterskeltilbud. Studien ble gjennomført på oppdrag fra Helsedirektoratet, for å oppsummere tilgjengelig forskning om effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstkår.

Hensikt: Framskaffe grunnlag for å vurdere tiltak for å styrke skolehelsetjenesten

Metode: Systematisk litteraturstudie

Resultat: Oppsummeringene tyder på at en tilgjengelig skolehelsetjeneste kanskje har ført til økt bruk av primærhelsetjeneste for barn og unge. Påvisning og tidlig henvisning til psykologisk behandling av barn med depresjon, reduserer muligens depresjon hos barn og unge. Angstforebyggende tiltak bygget på kognitiv atferdsterapi har muligens liten effekt på å redusere forekomst av angst hos skolebarn generelt. Tidlig intervensjon bygget på kognitiv atferdsterapi reduserer muligens angst hos skolebarn som har symptomer på angst. Kombinasjon av

undervisning og utdeling av prevensjon reduserer muligens antall uønskede svangerskap. Forebyggende røyketiltak i skolen synes å ha effekt på intensjon om å røyke, på å forebygge røykestart og røykeatferd. Det ser ut til at skolebaserte program for barn med astma fører til økt kunnskap og mestring. Det er ikke funnet systematiske oversikter som omhandler helsepersonell i en skolehelsetjeneste slik den er organisert i Norge, men det er funnet flere forebyggende og helsefremmende tiltak gjennomført på skolen hvor helsepersoneller involvert.

Bøe, Tore Dag, Roald Storaker & Steinar Nodeland (2011): *Psykisk helsearbeid i Grenselandet*; [Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2011, Nr 03](#).

Bakgrunn: Artikkelen presenterer Prosjekt Hjelp i Grenselandet, som er gjennomført ved Klinikken for psykisk helse ved Sørlandet sykehus HF. Prosjektet har prøvd ut et systematisk tilbud om nettverkssamtaler i forbindelse med henvisning av unge fra barne-/ungdomstjenesten til voksentjenesten. Gjennom en dialogisk og nettverksorientert arbeidsform har en forsøkt å bidra til kontinuitet og sammenheng ved en slik overgang.

Metode: Evaluering, kvalitative intervju med brukere og terapeuter.

Resultat: Brukerne ser ut til å være fornøyde med kontinuiteten i relasjonen og kontinuiteten som blir mulig når terapeuten fra barn/ungdomstjenesten er med i samtalen ved voksentjenesten. Det pekes også på at prosjektets arbeidsform åpner for at denne overgangen nå bedre kan skreddersys den enkelte.

Marja Schriever (2011): *Å bli sett, hørt og akseptert: Kunst og uttrykksterapi i et kommunalt tilbud for mindreårige (enslige) flyktningsjenter*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid. 2011:2. (Enkeltstudie, men interessant?)

Bakgrunn: Forskning viser at enslige mindreårige flyktningsjenter kjemper med ensomhet og å finne sin egen identitet, samtidig som det er viktig at de opplever trygghet og fellesskap for å håndtere hverdagen. Kommunene har derfor stort ansvar for å tilby denne gruppen et tilpasset helsefremmende program.

Hensikt: I artikkelen studeres hvordan bidrag som uttrykksterapi kan tilføre arbeidet i kommunen

Metode: Videoanalyse og litteraturstudie.

Resultat: Studien munner ut i en hypotese om at metoden stimulerer kreativitet og bidrar til å styrke sosial interaksjon.

Camic, Paul M. and Helen J Chatterjee (2013): *Museums and art galleries as partners for public health interventions*. Perspectives in public Health 2013 133: 66. SAG
<http://rsh.sagepub.com/content/133/1/66.full.pdf+html>

Bakgrunn: Studien tar utgangspunkt i at hovedvekt av folkehelsearbeidet er koplet til skoler, arbeidsplasser og lokalsamfunnssettinger, og at helseomsorgen stort sett er koplet til klinikker og sykehus. Forfatterne ser derfor kulturfeltet som et underutviklet område for folkehelsearbeid, og spesielt museum og kunstgallerier.

Hensikt: I studien vurderes rasjonale for at kultursettinger er relevante for folkehelseintervensjoner og helsefremmende programmer.

Metode: Bygger på senere kvantitativ og kvalitativ forskning fra mange land.

Konklusjon: Finner dokumentasjon for at forebyggende og helsefremmende program kan gjennomføres på alternative arenaer og gjennom en rekke tilnærminger, noen av dem også innenfor kultursektoren og via museum og gallerier. Museum og gallerier kan koples til helsefremmende og forebyggende arbeid, wellbeing og livskvalitet for en rekke grupper med ulike risikofaktorer, og fra ulike sosioøkonomiske og etniske grupper. Storskala epidemiologiske befolkningsundersøkelser i Norge, Sverige, Storbritannia og USA, dokumenterer høy sammenheng mellom kulturelle aktiviteter og helse. På bakgrunn av mellomstore og småskala kvantitative og kvalitative studier fra Australia, Canada, UK og USA mfl., om helsefremmende og forebyggende arbeid med utgangspunkt i museum og gallerier mv som arenaer, har man begynt å utvikle en kunnskapsbase som beskriver spesielle

utfordringer og tema som er godt egnet for folkehelseprogrammer og tiltak. Ønsker mer forskning på feltet

Knudtsen M.S., J. Holmen, O. Håpnes (2005): *Om helsestjenesten. Kulturelle virkemidler i behandling og folkehelsearbeid*. Tidsskrift for Den norske legeförening. 2005:125: 3434-6.

Bakgrunn: Ønsket kunnskap om helsegevinst av kulturelle virkemidler.

Hensikt: Å gi en oversikt over omgang, innhold, arbeidsmåter og resultater av kultur- og helsearbeidet de siste årene i Norge og Norden (2005). Kultur- og helsearbeid defineres som systematisk bruk av kulturell virkemidler i behandling, rehabilitering, forebyggende og helsefremmende arbeid på individ, gruppe og befolkningsnivå.

Metode: Litteraturstudie basert på rapporter og litteratur fra prosjekter hvor kulturelle virkemidler er benyttet i behandling, rehabilitering, forebyggende og helsefremmende arbeid i Norden.

Resultat og fortolkning: Flere prosjekter var rettet mot at brukerne skulle være aktive selv, eller delta på arrangementer satt i gang av andre. Flere prosjekter handlet om fysiske aktiviteter. Stor vekt på den sosiale dimensjonen. Noen tiltak ble gjennomført som terapeutiske og rehabiliterende. Det synes som om man etter 1999 i stor grad har konsentrert seg om målgruppen eldre, barn og ungdom og særskilte grupper. Tiltakene har i stor grad vært rettet mot grupper som vanligvis ikke deltar.

Generelt: Lite forskning knyttet til tiltakene.

Evalueringsrapportene tyder på at kulturell stimulering kan bidra til å stimulere språklige, emosjonelle og sosiale utviklingen hos barn. Hos andre målgrupper bidrar kulturell stimulering til å minske stress, påvirker evnen til kommunikasjon og at følelsesmessige påkjenninger stimuleres. Det er også konkludert at kultur gir mer helse, direkte ved deltakelse og den kulturelle opplevelsen, og indirekte ved den sosiale sammenhengen den kulturelle opplevelsen inngikk i. Det rapporteres om bedre livskvalitet og bedre selvopplevd helse for enkeltpersoner, men prosjektene har i liten grad vært gjenstand for forskning. Utenlands litteratur

indikerer at kulturelle virkemidler kan ha helseeffekt. Behov for videre forskning

Denison E, Gundersen M, Vist GE. (2011) *Kriterier for å vurdere effekt av forebyggende tiltak*. Report from Kunnskapscenteret no. 24–2011. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services. (ikke relevant?)

Bakgrunn: På oppdrag fra Helsedirektoratet har Kunnskapscenteret utarbeidet en oversikt over nasjonale og internasjonale miljøer som arbeider med systematiske oversikter på effekt av forebyggende og helsefremmende tiltak innen primærhelsetjeneste og folkehelse. Det er også foretatt en kartlegging av hvilke kriterier disse miljøene legger til grunn i sine vurderinger av om tiltakene har effekt.

Metode: Søk etter miljøer som aktivt oppsummerer forskning om effekter av forebyggende tiltak via søk etter systematiske oversikter. Det ble gjennomført systematisk litteratursøk fra 2005 til januar 2011 i følgende databaser: The Cochrane Database of Systematic Reviews, DARE, Medline, EMBASE, Cinahl, PsycINFO, ISI, ERIC, SveMed+, BIBSYS, The New York Academy of Medicine Library, Grey Literature Report, Open Sigle. Inklusjonskriteriene var: Studiedesign: Systematiske oversikter, Populasjon: Barn, voksne og eldre i befolkningen, Tiltak: Forebyggende og helsefremmende tiltak, deriblant eksisterende forebyggende helsetjenester, f eks helsestasjon, skolehelsetjeneste, miljørettet helsevern, smittevern, nye tiltak, f eks lavterskeltilbud, helsestasjon for eldre og ulykkesforebyggende tiltak, fastlegens rolle i forebyggende helsetjenester, tverrfaglig folkehelsearbeid i sammenheng med barnehage og skole, barnevern, arbeide og fritid. Sammenlikning: Ingen tiltak eller annet forebyggende tiltak. Utfall: Helserelaterte utfall. Resultatene av litteratursøkene ble vurdert av to personer uavhengig av hverandre.

Resultat: Det finnes en stor mengde internasjonale miljøer som oppsummerer forskning om effekt av forebyggende og helsefremmede tiltak i systematiske oversikter. 139 aktive miljøer fra 18 land har utført to eller flere systematiske oversikter de siste seks årene. Miljøene stiller krav om kontrollerte studiedesign for inklusjon av primærstudier, og de bruker publiserte sjekklister eller

instrumenter for å vurdere primærstudiene kvalitet i sine publikasjoner. De den nyeste oversikten fra hvert miljø ble inkludert for å kartlegge kriteriene som blir brukt for å vurdere effekt. Aktuelle og viktige temaer som tobakk og alkohol, fysisk aktivitet og kosthold er dekket i de inkluderte systematiske oversiktene sammen med temaer som psykisk helse, seksuell helse, og tiltak utført på arbeidsplasser. Kunnskapssenteret slutter også at det innen områder som tobakk, alkohol, fysisk aktivitet og kosthold er resultatene og tiltakene trolig overførbare til norske forhold, dersom tiltakene tilpasses den aktuelle populasjonen og settingen.

Alkohol og narkotika har vært og er et viktig tema for forebygging blant barn og unge. Det er gjennomført mange programmer som er tilrettelagt for skole og mange av dem er såkalt evidensbaserte og hentet fra utlandet. Hilde Pape (2009) har oppsummert evalueringer gjort på kort- og langsiktig basis av tiltak som er anbefalt til gjennomføring i skoler for å forebygge bruk av alkohol. Hun viser til at den evalueringen som gjøres på kort sikt, altså umiddelbart etter eller i tilknytning til iverksetting av tiltaket, kan vise til positive effekter. På dette grunnlaget blir tiltakene sagt å være evidensbaserte og ha effekt, og anbefalt iverksatt i norske skole. Imidlertid er det slik, argumenterer hun, at de samme tiltakene viser seg å ikke ha effekt, eller til og med ha negativ effekt, altså at barn og unge bruker rusmidler i større grad, når det gjennomføres replikasjonsundersøkelser av de samme tiltakene etter en viss tid. Hennes anbefaling hvis skolen skal brukes for å redusere unges alkoholbruk, er å gi dem faktabasert undervisning om alkohol og våre restriksjoner på alkoholbruk.

Skolen er et mye brukt sted for å gjennomføre forebyggende og helsefremmende intervensjoner for å bedre barns og unges helse. I skolen nås alle elever. Intervensjoner er ofte tiltak for å forhindre røyking og alkoholbruk, bedre kosthold og øke barns og unges fysiske aktivitet, altså de retter seg mot det vi kaller individuelle helsevaner. Hvorvidt slike intervensjoner også kan ha som resultat at sosiale ulikheter mellom barn tilhørende ulike sosioøkonomiske grupper utjevnes er utgangspunktet for en studie.

Samdal mfl. (2012) har analysert de norske dataene fra WHO-undersøkelsen "Health Behaviour in School-Aged Children" for årene 2001, 2005 og 2009. De gikk inn på fire tiltak: Hvorvidt barn

og unge spiser frokost, om de spiser frukt, er i fysisk aktivitet eller røyker. Frokost-og fruktspising, og fysisk aktivitet er høyere blant barn og unge som kommer fra familier som har en høy sosioøkonomisk status, samt at barn og unge fra slike familier røyker mindre enn barn og unge fra familier med lavere sosioøkonomisk status. Det var noe endring over tid, med unntak for frokostspising var det noen flere som var fysisk aktive på fritiden, noen færre som røykte og flere som spiste frukt. Det siste resultatet tilskrives ordningen med skolefrukt som gis til barn i delte skoler og i ungdomsskoler, og som bedrer deres tilgang til frukt. Forfatterne fant ikke at den sosiale gradienten som var tydelig ved alle målepunktene, hadde endret seg. De sosiale ulikhetene var altså ikke utjevnet. Dette gjelder også for inntaket av frukt. Konklusjonen er at intervensjoner som er rettet mot barns og unges helsevaner ikke medvirket til å utjevne de sosiale forskjellene mellom barn og unge i de undersøkte aldersgruppene. Forfatterne anbefaler derfor at materielle og sosiale vilkår bedres for de gruppene som har lav sosioøkonomisk status.

Dokumentanalyse Folkehelse og forebygging – tiltak og effekter i kommunesektoren –

Artikkelsøk kunnskapssenteret 31.10.2013

Søkeord: Helsefremmende og forebyggende tiltak, empowerment

Treff og utvalg: Rapport 24-2011 Kriterier for å vurdere effekten av forebyggende tiltak. Fra rapporten velges 6 artikler som kan ha relevans som kunnskapsgrunnlag ift målgrupper og fokus for KS-prosjektet (se under).

Søkeord: empowerment

Treff: 4, men ingen hadde spesiell relevans for KS-prosjektets målgrupper/fokus

- Rapport 2012 Psyk helse
- Rapport 0925 Kjønnslernestelse
- Art.: group based diabetes self-management education
- Art.: Towards an empowerment approach in tuberculosis treatment Cape Town

UK self-care support initiatives for older patients with long-term conditions: a review

NIBR-rapport 2014:3

K. BERZINS, S. REILLY, J. ABELL, J. HUGHES and D. CHALLIS

Personal Social Services Research Unit, Faculty of Medical and Human Sciences, University of Manchester, Dover Street Building, Oxford Road, Manchester, M13 9PL, UK

Chronic Illness (2009) 5, 56–72

Reviewen omfatter 18 utvalgte studier. Kost-nytte-effekter ikke inkludert.

Resultater: Alle studiene beskriver intervensjoner hvor hensikten er å fremme menneskers egenomsorg, hvorav mange av studiene er rettet mot mennesker med artritt. Alle studier benyttet pasientundervisning, og da oftest i grupper ledet personer med ulik profesjonsbakgrunn. De fleste studiene rapporterte noen signifikante positive resultater, oftest som endring av fysisk funksjon, kunnskap om sykdommen og økt yte-evne (selfefficacy). Deltakernes gjennomsnittsalder var 60 år.

Diskusjon: Reviewen viser at egenomsorgsintervensjoner har hatt positive effekter for eldre deltakere, men det er fortsatt usikkert hvordan man best kan fremme egenomsorg hos deltakere over 75 år, fordi dette ofte er en gruppe mennesker med langtidslidelser og som kan ha forskjellige behov.

Søkeord: Intervensjoner, langtidslidelser, eldre mennesker, egenomsorg

Peer support telephone calls for improving health (Review)

Dale J, Caramlau IO, Lindenmeyer A, Williams SM. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4. Art. No.: CD006903. DOI: 10.1002/14651858.CD006903.pub2.

Reviewen er basert på 7 RCT-studier (Randomised controlled trials) som omfatter 2492 deltakere. Hensikt: vurdere effekten av støttende telefonsamtaler fra likemenn med tanke på fysiske (eks. blodtrykk), psykologiske (eks. depressive symptomer) og atferdsmessige (eks. mammografideltakelse) og helserelevante resultater.

Resultater: Intervensjoner i form av støttende telefonsamtaler fra likemenn viste opprettholdelse av eller økt frekvens i deltakelse i mammografiscreening. I en studie med støttende telefonsamtaler fra likemenn til mennesker som hadde gjennomgått hjerteinfarkt,

viste at disse samtalene bidro til kostholdsendringer. En annen tilsvarende studie viste ingen signifikant endring ift. yte-evne (self-efficacy), helsestatus og mental helse hos personer som hadde gjennomgått hjerteinfarkt. Derimot viste det seg at intervensjoner med støttende telefonsamtaler fra likemenn kan bidra til å forlenge ammeperioden hos mødre 3 måneder etter fødsel, og likeledes til reduksjon av mødres symptomer på depresjon etter fødsel. En studie med støttende telefonsamtaler fra likemenn til pasienter med dårlig kontrollert diabetes viste derimot ingen signifikant forskjell mht yte-evne (self-efficacy), HbA1C, kolesterol og BMI (body mass index).

Konklusjoner: Selv om studiene til en viss grad viser at støttende telefonsamtaler fra likemenn kan være effektivt mtp visse helseutfordringer, viser det seg at flertallet av studiene har metodiske begrensninger som vanskeliggjør generaliseringer. Resultatene må derfor vurderes med varsomhet. For å klargjøre både kliniske og kost-nytte effekter av slike intervensjoner, er det nødvendig at framtidig forskning gjøres med veldeignede RCT-studier.

School-based drama interventions in health promotion for children and adolescents: systematic review. JORONEN K. , RANKIN S. H. & A A ° STEDT-KURKI P. (2008)

Journal of Advanced Nursing doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04634.x

Review av studier hvor effekten av skolebaserte, helsefremmende intervensjoner med drama for barn og ungdom ble undersøkt.

Drama, teater og rollespille er hyppig brukte metoder i helsefremmende programmer, men evidensen er begrenset.

Resultater: Ni studier tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Studienes fokus inkluderte helseatferd (5 studier), mental helse (2) og sosial helse (2). Intervensjoner i form av skuespill som ble fulgt opp med gruppeaktiviteter var inkludert i fem studier, og klasseromdrama som intervensjon i fire studier. Fire studier var RCT og fem var ikke-RCT studier.

Fire studier beskrev teorigrunnlaget for intervensjonene, og i åtte studier ble noen positive effekter eller endringer rapportert, i størst grad relater til kunnskap og holdninger ift helse. Forskjellen i studienes design begrenset sammenlikninger.

Konklusjon: Det er behov for studier som er tilfredsstillende designet og som er basert på teori som kan relateres til helsefremmende dramaintervensjoner for barn og familier. Utfordringen er å finne eller utvikle en teori som kombinerer utdanning, drama og helseteorier med valide og reliable måleinstrumenter for å kunne undersøke effekten av intervensjoner.

Søkeord: ungdom, barn, drama metoder, helsefremming, sykepleie, skoler, systematisk review

A Systematic Review of the Effectiveness of Peer-Based Interventions on Health-Related Behaviors in Adults

Allison R. Webel, RN, PhD, Jennifer Okonsky, RN, MA, NP, Joyce Trompeta, PNP, PhD, and William L. Holzemer, RN, PhD, *American Journal of Public Health*, 2010, Vol 100, No. 2, 247–253. doi:10.2105/AJPH.2008.149419

Reviewen omfatter 25 RCT-studier som vurderte effekten av likemannsbaserte intervensjoner med fokus på helserelatert atferd hos voksne.

Resultater:

Funnene viser at likemannsbaserte intervensjoner fremmet viktige endringer i helserelatert atferd som fysisk aktivitet, røyking og kondombruk, med liten til medium effekt. Evidensen var likevel blandet, muligens pga heterogeniteten i studiene relatert til metodebruk, mengde og andre variabler. Intervensjonene som hadde til hensikt å øke amming, medisinhåndtering, helsescreening for kvinner, samt deltakelse i ulike aktiviteter, viste ingen signifikante endringer.

Health Information Technology to Facilitate Communication Involving Health Care Providers, Caregivers, and Pediatric Patients: A Scoping Review

[Stephen James Gentles](#), MSc,¹ [Cynthia Lokker](#), PhD,¹ and [K Ann McKibbin](#), PhD¹, *Journal of Medical Internet Research*, 2010 Apr-Jun; 12(2): e22, doi: [10.2196/jmir.1390](#)

Reviewens hensikt var å kartlegge studier om helseinformasjonsteknologi (HIT) brukt til å fremme

kommunikasjon mellom helsepersonell og omsorgspersoner (oftest familiemedlemmer) for barn med helseutfordringer som krever oppfølging.

Resultater: Studien inkluderte 104 valgbare studier (112 artikler) som ble gjennomført i 17 forskjellige land og som representerte 30 ulike helsetilstander. De vanligste tilstandene var astma, type 1 diabetes, spesielle behov og psykiske lidelser. De fleste studiene (88, 85%) inkluderte barn mellom 2 og 12 år, og 73 (71%) involverte hjemmebaserte settinger. Helsepersonell var tilknyttet sykehus i 96 (92%) av studiene. Intervensjonene viser at 12 former for kommunikasjon (eks. Internet, intranet, telefon, videokonferanser, email, sms og manuelt nedlastet informasjon) ble brukt til å understøtte 15 funksjonskategorier (eks. støtte, medisinhåndtering, opplæring og målinger). Flere pasient-, omsorgsgiver-, og helsepersonellrelevante resultater ble målt. De fleste resultatene omfatter tilfredshet, bruk, anvendelighet, gjennomførbarhet og ressursbruk, selv om også atferdsendringer og livskvalitet ble rapportert. De fleste studiene (57 studier, 55%) var i pilotfasen, mens en mindre andel studier (24 studier, 23%) var i utviklingsfasen og evalueringsfasen (11 studier, 11%). Reviewen viser at HIT-intervensjoner viser til flere tilbakevendende temaer: kontinuitet i omsorg og pleie, oppmerksomhet på tidsbegrensninger, og overskridelse av geografiske barrierer.

Konklusjon: HIT som involverer omsorgspersoner for barn, har blitt gjennomført ulikt i mange ulike sykdomssettinger som har betydning for funksjon, form og samkjøring i informasjonsformidling. Selv om flere studier har fulgt en faseorientert tilnærming i utvikling, evaluering og gjennomføring, ville en større vekt på metodiske standarder kunne skapt mer fruktbare utviklingsprogrammer og vært mer hensiktsmessig for framtidige evalueringer. Denne reviewen kan være et egnet grunnlag når beslutninger om videre utvikling eller forskning om HIT skal tas.

Søkeord: Småbarn, barn, ungdom, lege-pasient relasjoner, kommunikasjon, medisinsk informasjon, applications, datamaskiner, Internet

Effectiveness of Web-based Interventions on Patient

Empowerment: A Systematic Review and Meta-analysis

[David Samoocha](#), [David J Bruinvels](#), [Nieke A Elbers](#), [Johannes R Anema](#), and [Allard J van der Beek](#), *J Med Internet Res.* 2010 Apr-Jun; 12(2): e23, doi: [10.2196/jmir.1286](#)

Hensikten med reviewen var å evaluere om Web-baserte intervensjoner er effektive for å øke pasientempowerment sammenliknet med vanlige ansikt-til-ansikt intervensjoner. Søk ble gjennomført i MEDLINE, EMBASE, and PsycINFO databaser fra januar 1985 til januar 2009.

Resultater: Sammenliknet med vanlig eller ingen pleie, hadde Web-baserte intervensjoner en signifikant positiv effekt på empowerment målt med Diabetes Empowerment Scale, på yte-evne **self-efficacy** målt med sykdomsspesifikk self-efficacy scales, og på mestring målt med Pearlin Mastery Scale. Ingen effekter ble funnet for yte-evne **self-efficacy** målt med generelle self-efficacy scales eller for selvfølelse målt med Rosenberg Self-Esteem Scale. Når Web-baserte intervensjoner ble sammenliknet med samme intervensjoner med ansikt-til-ansikt situasjoner, ble ingen signifikante (gode eller dårlige) effekter funnet for mestring og selvfølelse.

Konklusjon: Web-baserte intervensjoner viste positive effekter på empowerment målt med Diabetes Empowerment Scale, sykdomsspesifikk self-efficacy scales og Pearlin Mastery Scale. Funnene bør likevel tolkes med forsiktighet relatert til evidens av lav kvalitet. Det kan også stilles spørsmål ved den kliniske relevansen av resultatene fordi de signifikante effektene generelt sett var lav.

Søkeord: Pasient empowerment, Internet, eHelse

”Folkehelse og forebygging” tiltak og effekter i kommunesektoren

Søkerord: Mental health (som i health promotion)

Kontekst: (materielle ressurser, risikofaktorer, helsetjenester)

Bør omhandle: ”mer helse for pengene”/ tiltak og effekt/ kost-nytte/ dokumentert helse effektiv.

Databaser:

– *Kunnskapssenter* (sett på psykisk helse/tiltak – notater)

- *Kommunetorget* (ikke relevant)
- *Helsebibliotek* (mental health/cost benefit, oppsummerende forskning)
- *SveMed+* (psykisk hälsa, h lsfr mjande, l nnsamhetsanalys, evidensbasead)
- *Academic+Cinabl basic/complete* (mental health+cost benefit+norsk,svensk, dansk og engelsk)
- *Ovid* (mental health, cost benefit, norsk/Norway, svensk/Sweden, danish/Danmark, Iceland*, finsk/Finland)
- Studier etter 2009 er foretrukket.

Betenkning: For   belyse gitt problemstilling med foreslåtte søkerord vil viktige faktorer som for eksempel kostnadseffektive tiltak for **innvandrere**, ikke komme frem. Mulig at valgte søkerord ikke vil finne frem prosjekter/forskning vedr. **frivilligheten** og **lavterskeltilbud**. Begge er og blir en viktig del ihht. kommunens tilrettelegging ihht. samordningsreformen og kommunehelseloven.

1. *”Pasienter i primærhelsetjenesten/ kost-nytte/ counselling vs. fastlegekonsultasjoner”*

Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N.

Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care.

Cochrane Library, 2011. DOI: 10.1002/14651858.CD001025.pub3

Formål:   evaluere effektivitet og kost-nytte av primærhelse konsultasjoner (fastlege) for pasienter med psykososiale og psykiske utfordringer.

Metode: Oversiktsartikkel basert på 9 studier som følger Cochrane standart (basert på RCTs)

Inklusjonskriterier: 1384 deltakere (randomisert) som kontaktet primærhelsetjenesten for behandling i Stor Britannia.

Resultat/Konklusjon: Konsultasjoner som er gitt av spesifikk utdannet personell har bedre kort-tids effekt enn konsultasjoner som er gitt av fastlegen. Men effekten består ikke over lengere tid.

Konsultasjoner reduserer ikke de totale kostnadene for den enkeltes helsetjenester.

2. "Psykoterapi / Post traumatisk stress/ effekt"

Roberts NP, KitchinerNJ, Kenardy J, Bisson J.

Multiple session early psychological interventions for the prevention of post-traumatic stress disorder.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3, Art.No.: CD006869. DOI: 10.1002/14651858.CD006869.pub2.

Formål: Kan psykologiske tiltak over to eller flere konsultasjoner/sesjoner forebygger posttraumatiske stresslidelse (kun ved hendelser som rammer enkeltindivider)?

Metode: 941 voksne personer involvert i en traumatisk hendelse i Australia, Canada, Frankrike, Israel, Nederland, Sverige og USA (basert på 11 studier). Kognitiv terapi ble gitt innen 3 mnd. etter at den traumatiske hendelsen fant sted, standard oppfølging.

Resultat: Den forebyggende effekten av psykologiske tiltak gitt i form av enkeltbehandling viste at det ikke påvirker posttraumatisk stresslidelses diagnosen 3-6 mnd etter behandlingen, påvirket ikke alvorlighetsgraden i selvrapportering 3-6 mnd etter behandlingen og påvirker ikke depresjon målt rett etter behandlingen.

Konklusjon: Psykologiske tiltak over to eller flere konsultasjoner ser ikke ut til å kunne forebygge posttraumatiske stresslidelser.

3. "Pårørende til hjemmeboende personer med demens/ tiltak/ effekt"

Dahm KT, Landmark B, Kirkehei I, Bruberg KG, Fønhus MS, Reinart LM.

Tiltak for å støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens.

Rapport fra Kunnskapssenteret 6/2011 Systematisk oversikt ISBN 978-82-8121-399-9.

Formål: Finne tiltak som kan støtte pårørende til hjemmeboende personer med demens.

Metode: Systematisk oversikt (oppsummering av tilgjengelig forskning av Kunnskapssenteret) over studiene gjennomført i USA og Asia.

Resultat: Sammensatte programmer, med undervisning om demens og praktisk støtte til pårørende kan i noen grad redusere omsorgsbyrde og depresjon og gi noe bedre tilfredshet hos pårørende. Sammensatte tiltak med undervisning om demens og praktisk støtte gitt av ergoterapeut i hjemmet både til pårørende og pasient kan i noen grad redusere depresjon, gi bedre livskvalitet og i noen grad øke kunnskap om demens hos pårørende. Individuell undervisning kan i noen grad redusere omsorgsbyrde hos pårørende Gruppe undervisning individuell rådgivning og støtte gitt hjemme eller via telefon og støtte fra frivillige har usikker effekt på pårørende.

Konklusjon: Studien sier lite om langtidseffekten.

4. "Aktivitetstilbud/ eldresenter/ effekt"

Håvelsrud K, Thuve Dahm K, Reinart LM, Sletsjøe H.

Effekten av aktivitetstilbud på eldresenter

Rapport fra Kunnskapssenteret 07/2011- Systematisk oversikt; ISBN 978-82-8121-397-5.

Formål: Hvilke områder kan prioriteres for eventuell lovfesting av forebyggende tiltak – fokus på helseeffekten av bruk av eldresentrene.

Metode: eldre hjemmeboende over 67 år, studier inkludert er systematiske oversikter, RCT, prospektive kontrollerte studier/kohort og avbrutt tidsserie analyser. Fokus: tilbud om bruk av eldresenter eller aktiviteter i regi av eldresenter.

Resultat: Fysiske treningsprogram ved eldresentre kan forbedre balanse og gi økt muskelstyrke. Det er usikkert om fysiske treningsprogram har effekt på livskvalitet, utholdenhet og mestring av daglige aktiviteter. Det er usikker om eldre som deltar i kreative aktiviteter blir mer tilfredse sammenliknet med dem som deltar i andre aktiviteter ved eldresente.

Konklusjon: Studiene som ble funnet og dermed inkludert i den systematiske oversikten viste ikke evidens på at aktiviteter av eldrecentre har effekt.

5. ”organiseringstiltak/psykisk helsevern/ effekt”

Forsetlund L, Lidal IB, Ausvoll-Dahlgren A.

Effekter av ulike organiseringstiltak for tjenester innen psykisk helsevern.

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 05/2012- Systematisk oversikt; ISBN 978-82-8121-471-2.

Formål: Å gi en oversikt over systematiske oversikter om effektene av tiltak for å organisere tjenester for mennesker med psykiske lidelser.

Metode: inklusjon av 17 systematiske oversikter over ulike organisatoriske formål med fokus på tverrfaglige team, setting for behandlingen, integrering av omsorgstjenester og kontinuitet i omsorgen.

Resultat: Intensiv koordinering av psykososialt arbeid sammenlignet med standard behandling gir muligens noe færre antall dager i sykehus, høyere funksjonsskår og flere som kan bo uavhengig. Muligens litt høyere brukertilfredshet. Bruk av lokale tverrfaglige team versus sykehusbaserte tjenester kan muligens føre til noe færre sykehusinnleggelses. Effekten på annen bruk av helsetjenester, sosialfunksjon, brukertilfredshet, dødelighet og tilslutning til behandling er usikker. For de andre tiltakene som også hadde mer avgrensede formål var det vanskelig å trekke meningsfulle konklusjoner om effekt.

Konklusjon: Oppsummeringen viser at det er mangelfullt vitenskapelig grunnlag for beslutninger om organisering av psykisk helsevern.

6. ” elever/ psykiske plager/undervisning”

Andersen BJ, Johansen R, Nord E.

Undervisningsprogram i videregående skoler om psykiske plager: Effekter på elevers hjelpsøking og psykisk helse.

Norsk Epidemiologi, 2010; 20(1):23-32.

Formål: Måle effekt på undervisningsprogrammet VIP (veiledning og informasjon om psykisk helse) i 1 Vg.

Metode: Kontrollert studie (710 elever i intervensjonsgruppe Akershus vs. 618 elever i kontrollgruppe i Vestfold).

Resultat: Effekt på hjelpesøking etter 6 og 12 mnd er liten, signifikant effekt ble funnet på totalskåren i SDQ-Nor ved angst. Kostnadsanalysen ble ikke gjennomført.

Konklusjon: Effektene er ikke veldig store, men selv moderate bidrag til økt kunnskap og bedre mestring gjennom VIP vil være forsvarlig hvis det oppnås med lave kostnader.

7. "Eldre 65+ / psykisk helse / tiltak"

Bruce ML, Van Citters AD, Bartels SJ.

Evidence-based mental health services for home and community. *Psychiatric Clinics of North America.*

2005; 28(4):1039-1060.

Formål: Å evaluere kommunal baserte eller hjemme baserte tilbud for hjemmeværende eldre.

Metode: Oppsummerende (review) artikkel av 12 studier (RCT og kohort)

Inklusjonskriterier: 1.743 deltagere er 85+, hovedsakelig kvinner med ulike psyk. diagnoser, ingen demens. *Tiltak:* hjemme-baserte versus kommunal-baserte helsetiltak (senior senter, boenheter for eldre).

Resultat: Signifikant forbedring av symptomer ved depresjon,

Konklusjon: Hjemmebasert tilbud fremmer psykisk helse av eldre.

8. "Tortur offer/ Sør-Europa vs. Afrika og Mellom Østen"

Schubert CC, Punamäki RL.

Mental health among torture survivors: cultural background, refugee status and gender.

Nordic Journal of psychiatry. 2011. 65(3):175-183.

DOI: 10.3109/0803109/08039488.2010.514943.

Formål: Hvilken betydning har kulturell bakgrunn, oppholdsstats og kjønn for den mentale og somatiske helsen.

Metode: 78 innvandrere bosatt i Finland (29 kvinner/49 menn) ble inkludert. Hopkins Symptom Checklist-25 ble brukt og somatiske symptomer ble registrert. Innvandrergruppene kom fra Sentral Afrika, Sør Asia, Mellom Østen, Sørøst-Europa.

Resultat: Gruffeforskjeller ble funnet ihht. PTSD og ved depressive symptomer. Pasienter fra Sør-Europa hadde et høyere nivå av PTSD enn personer fra Mellom Østen, Asia og Afrika. Det ble funnet flere depressive symptomer blant personer fra Sør Asia. Personer fra Sør øst Europa rapporterte ikke flere somatiske symptomer enn kontrollgruppen. Kvinner hadde større symptomer på PTSD og depresjon.

Konklusjon: Helsetjenester bør ta hensyn til kulturelle bakgrunn ved uttrykk av psykiske og somatiske symptomer.

9. "nettverk / tverrfaglig samarbeid/ voksne"

Johansen S, Malmberg-Heimonen I.

Nettverksrådets betydning for psykisk helse.

Tidsskrift for psykisk helse. 2012(3) online. ISSN: 1504-3010.

Formål: Kan en handlingsplan basert på nettverk i felleskapet gi en ønsket endring i "langtidsmottakere av sosialhjelp" sin livssituasjon?

Metode: Data er basert på sosialtjenesten i Oslo og Bergen kommune, 149 deltakere i en randomisert kontrollert studie, kvalitative intervjuer av 15 informanter og observasjoner av 5 nettverksråd.

Resultat: Nettverksrådet har positive korttidseffekter på psykisk helse og psykososiale forhold gjennom forbedring av familiere relasjoner. Bevegelse fra ensomhet til større grad av felleskap med eget sosialt nettverk samt styrket egenverd ble rapportert.

Konklusjon: Nettverksråd kan dermed ha kliniske implikasjoner for å være et viktig redskap i psykisk helsearbeid.

10. "Skoletjenesten/ barn/oppvekstvilkår"

Thuve Dahm K., Landmark B., Kirkehei I., Reinart LM.

Effekter av skolehelsetjenesten på barn og unges helse og oppvekstvilkår.

Rapport fra Kunnskapscenteret 15/2010. ISBN 978-82-8121-355-5.

Formål: Belyse effekten av skoletjenesten ved å oppsummere eksisterende forskning.

Metode: Det ble inkludert 13 systematiske oversikter og 3 oversikter over oversikter i rapporten. Oversiktene belyste områdene: psykisk helse, adferd (seksuell helse, rus og avhengighet), fysisk helse (funksjonsevne/sykdom). Det ble videre inkludert oversikter som omhandlet organisering av tjenestetilbudet og personell dersom disse involverte skolehelsetjenestetilbudene. Det ble ikke funnet systematiske oversikter som omhandler skolehelsetjenesten slik den er organisert i Norge.

Resultat/Konklusjon: Påvisning og tidlig henvisning til psykologisk behandling av barn med depresjon reduserer muligens depresjon hos barn og unge. Angstforberedende tiltak bygget på kognitiv adferdsterapi har muligens liten effekt på å redusere forekomst av angst hos skolebarn generelt og på å redusere angst hos skolebarn som allerede har symptomer på angst. Kombinasjon av undervisning og utdeling av prevensjon reduserer muligens antall uønskede svangerskap. Forebyggende røyketiltak i skolen synes å ha effekt på intensjon om å røyke, på å forebygge røykestart og på røykeadferd. Det kan se ut at skolebaserte programmer for barn med astma fører til økt kunnskap og mestring.

11. "NaKuHel / møteplass/ folkehelseiltak"

Leeber IH

Bør NaKuHel- møteplasser anbefales som et folkehelseiltak?

2010, DUO, medisinsk fakultet, UiO URI:

<http://hdl.handle.net/10852/29747> Bibsys-ID: 101166443

Formål: Er NaKuHel et kunnskapsbasert tiltak? Og kan NaKuHel fremme folkehelse?

Metode: Det systematiske litteratursøk (PICO) resulterte funn som inkluderte 9 artikler i studien: 1 enkeltstudie og 8 oppsummerende studier (6 systematiske oversikter og 2 oversiktsartikler).

Obs.: Studentoppgave – men norsk og utprøvd tiltak.

Resultat: 4 artikler konkluderte med en sammenheng mellom sosial støtte og ulike utfall. Alle studier kunne vise til effekt på noen av utfallene.

Konklusjon: NaKuHel kan med rimelig sannsynlighet fremme folkehelse og bør anbefales som et samfunnsmedisinsk tiltak. Etablering av nye NaKuHel møteplasser bør i samsvar med intensjonene i stortingsmeldingene følges av evalueringer for å utvide kunnskapsgrunnlaget.

12. ”kronisk smerte/psykologisk behandling”

Steiro A, Strøm V, Dahm KT, Reinart LM.

Psykologisk behandling ved kroniske smertetilstander

Rapport fra Kunnskapssenteret 18/2012. ISBN 978-82-8121-452-1.

Formål: Å vurdere effekten av psykologisk behandling på smerte og funksjonsnivå for personer med kroniske tilstander.

Metode: Sammenfatning som inkluderer 6 oversiktsstudier ”psykologisk behandling ved smerte, funksjonsnivå ved kroniske smertelidelser”.

Resultater/Konklusjon: Psykologisk behandling viser en liten men positiv effekt på smerte etter endt behandling og ved oppfølging i inntil ett år og over ett år. Psykologisk behandling som er en del av tverrfaglig behandling viser en liten men positiv effekt på smerte etter endt behandling og ved oppfølging i inntil ett år. Det er usikkert om psykologisk behandling gir en raskere tilbakeføring til arbeid. Psykologisk behandling har større effekt for personer med kroniske rygg smerter og andre kroniske smertetilstander enn for personer med fibromyalgi.

Det finnes ikke god forskning som kan dokumentere om psykologisk behandling gir en raskere tilbakeføring til arbeid.

13. ”Helseøkonomisk vurdering av kursvirksomhet/ depresjon”

Nord E, Dalgard S.

Helseøkonomisk vurdering av kurs i mestring av depresjon.

Tidsskrift for den norske Legeforening. 2006(126):586-8

Obs.: Elde studie – men relevant

Formål: Å etablere helseøkonomiske vurderinger av tiltak innenfor psykisk helsevern.

Metode: I en randomisert studie av et kurs i mestring av depresjon var det 3,3 poeng større fremgang på Beck Depression Inventory i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen. Det gjøres en verdivurdering av denne gjennomsnittlige effekten ut fra det man vet om samfunnets vektlegging av alvorlighetsgrad og behandlingseffekt ved prioritering

Resultat: Det anslås at om ca. 200 personer gjennomgår kurset, er den samlede livskvalitetsforbedring for disse like verdifull og prioriteringsverdig som det at man for en pasient vinner et leveår.

Konklusjon: Kostnadene ved å kurse 200 personer anslås til 300 000 – 400 000 kroner. Dette er innenfor rammen av hva samfunnet ellers er villig til å betale over offentlige budsjetter for å vinne leveår

14. “Likeverdige helsetilbud, prioriteringer , fastlege og DPS”

Holman PA, Ruud T, Grepperud S.

Horizontal equity and mental health care: a study of priority ratings by clinicians and teams at outpatient clinics.

BMC health services research 2012. (12): 162. DOI: 10.1186/1472-6963-12-162.

Formål: Å belyse den eksisterende klassifisering av henvisninger for å bestemme påliteligheten av inndeling i prioriterte grupper (dvs. horisontal egenkapital).

Metode: 20 representative case studier. Henvisninger ble klassifisert av 42 opptaksgrupper ved Helse Sør-Øst. Klassifisering ble foretatt av 42 klinikere gjennom individuell vurdering. Pålitelighet mellom dem ble estimert ved hjelp intraclass korrelasjonskoeffisienter (ICC-verdi) mens påliteligheten av

vurdering av generaliserbarhet ble estimert ved hjelp av “generiserbarhetsanalyse.”

Resultat: Funnene bekrefter at påliteligheten kan bekreftes på alle nivåer. Graden av misforhold, for en gjennomsnittlig måling, synes å være høyere enn i enhetene mellom enheter (G studien).

Konklusjon: Den lave påliteligheten mellom og generiserbarhet antyder at horisontal egenkapital til psykisk helsevern ikke er sikret med hensyn til prioritet. Prioriteringer i et team gir ingen vesentlig forbedring i forhold til individuell vurdering, og ytterligere bruk av disse ressursene kan være tvilsom.

Forbedrede retningslinjer, opplæring, trening og kalibrering av klinikere kan benyttes til å forbedre påliteligheten av prioriteringer.

15. ” Ungdom/adolesens selvmordsforebygging ”

Wasserman d, Carli V, Wasserman C, Apter A, Balazs J, et.al.

Saving and empowering young lives in Europe (SEYLE): a randomized trial.

BMC public health. 2010(10):192. DOI 10.1186/1471-2458-10-192.

Formål: Målet var å samle baseline og oppfølgingsdata med et tverrfaglig perspektiv ved ulike selvmord forebyggende tiltak blant europeiske ungdom og sammenstille en epidemiologisk database.

Metode: RCT som omfattet 11 000 ungdom fra randomiserte skoler i 11 Østerrike, Estland, Frankrike, Tyskland, Ungarn, Irland, Israel, Italia, Romania, Slovenia og Spania. Hvert land utførte tre aktive intervensjoner og en minimal intervensjon som en kontrollgruppe. De aktive tiltak omfatter gatekeeper trening (QPR), bevissthet trening på psykisk helsefremmende for ungdom, og screening for utsatte ungdom med helsepersonell. Strukturerte spørreskjemaer er benyttet ved baseline, 3 - og 12-måneders oppfølging for å vurdere endringer. Data er kulturelt justerte modeller for å belyse psykisk helse og selvmord adferd.

Resultat: Effekten av tiltak som bekjemper usunn livsstil hos unge mennesker som fører til suicidale adferd ble rapportert. Usunn livsstil og risikoadferd er skadelig for både nåværende og fremtidige helse. Det er derfor avgjørende at langvarige psykisk

helsefremmende og selvmord-forebyggende tiltak tilbys og evalueres for å redusere usunn livsstil og risiko adferd

Konklusjon: Selv om det har blitt rapportert at selvmord-forebyggende intervensjoner kan være effektive i å redusere suicidal adferd, ble det oppdaget at veldokumenterte og randomiserte studier mangler

Hastrup LH, Kronborg C, Bertelsen M, Jeppesen P, Petersen L et.al.

Cost-effectiveness of early intervention in first-episode psychosis: economic evaluation of a randomised controlled trial (OPUS study).

British Journal of Psychiatry. 2013. 202(1):35-41.

Formål: Å vurdere kostnadseffektiviteten av et intensiv tidlig intervensjonsprogram (OPUS).

Metode: Tilnærmingen ble foretatt ved en trinnavis kostnadseffektivitets analyse i en randomisert kontrollert studie. Med et offentlig sektor perspektiv belyste man både familiebehandling og sosial ferdighetstrening for personer med første-episode psykose sammenlignet med standard behandling.

Resultat: De gjennomsnittlige totale kostnadene for OPUS over 5 år (€ 123 683, se = 8970) var ikke signifikant forskjellig fra standard behandling (€ 148 751, se = 13 073). Ved to års oppfølging gjennomsnittet Global Assessment of Functioning (GAF) score i OPUS-gruppen (55.16, sd = 15.15) var signifikant høyere enn i standard behandling (51.13, sd = 15.92). Men den gjennomsnittlige GAF var ikke signifikant forskjellig mellom gruppene ved 5-års oppfølging (55.35 (sd = 18.28) og 54.16 (sd = 18.41)

Konklusjon: Kostnadseffektivitet basert på ikke-parametrisk ”bootstrapping” (re-sampling av statistikken) viste at OPUS var mindre kostbart og mer effektivt i 70% av tilfeller. Villigheten til å betale opp til € 50 000 og sannsynligheten for at OPUS var kostnadseffektiv skjedde i mer enn 80% av tilfellene.

Analysen viste at det var stor sannsynlighet for at OPUS er kostnadseffektivt sammenlignet med standard behandling.

Berg JE. **Innlegges innvandrere oftere enn etniske nordmenn i akuttpsykiatriske avdelinger ?** Tidsskrift for den norske

legeforening 2004. 5(124):634-6.

Her kom det frem at det ikke innlegges forholdmessig flere innvandrere i akuttpsykiatrisk avdeling men at de som innlegges er dårligere før de innlegges.

En mulig forklaring til disse funn finnes i dr.gr.avhandlingen innen minoritetshelse i primærhelsetjenesten.

http://www.academia.edu/4187695/Immigrants_use_of_the_General_Practitioner_Scheme.

I avhandlingen påpeker Goth at informasjon som sendes fra offisielt hold (informasjon og innkallinger) til den enkelte innvandreren ikke kommer frem, samt at hun viser til årsaksforholdene.

En annen artikkel viser følgende:

Goth US. & Godager G. **Use of primary care emergency services in Norway: Impact of Birth Country and Duration of Residence.** Nordic Journal of Health Economics, 2012, online.

Basert på 1.934.248 observasjoner (norske registerdata/Helfo) fra 279.531 pasienter kom det frem at det finnes store forskjeller mellom de ulike innvandrergroppene som opplever ulike barrierer i primærhelsetjenesten/fastlegeordnin

Vedlegg 2

Intervjuguider

Intervjuguide Fokusgrupper Folkehelse

Folkeheleloven sier at kommunene skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester sier at kommunene skal ha helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjon i skoler og skolehelsetjeneste.

Forhåpentligvis er representanter for mange kommunale enheter til stede, spørsmålene må stilles slik at alle kan svare, eller man tilpasser til dem man evt. henvender seg direkte til.

- Har kommunen etablert folkehelse, evt. forebyggende tiltak?
 - evt. hvilke og hva går de ut på?
- Hvordan resonneres det omkring iverksetting av folkehelse- og forebyggingstiltak
 - Folkehelse og forebygging er to begreper som enten kan brukes synonymt eller som viser til ulike typer tiltak – hva tenker forsamlingen om disse begrepene?

- Tenker kommunene mye økonomi, at det skal spares penger, når og hvis de diskuterer folkehelse og forebygging?
- Hvor stor rolle spiller det økonomiske; får kommunen mer helse for pengene ved å iverksette folkehelse-/forebyggingstiltak?
- Hvor viktig er Samhandlingsreformen for slike diskusjoner?
- Hvilke avdelinger eller enheter er involvert i folkehelsearbeid
- Har beslutningstakere forholdt seg til dokumentasjon for at tiltak faktisk virker?
- Hvilken dokumentasjon er brukt, har kommunen f. eks, forholdt seg til dokumentasjon som tar fram kostnads-nytte-aspektene ved tiltak eller spørsmål om hvor effektive tiltak er, og hvor er den dokumentasjonen evt. hentet fra
- Målgruppestrategier
 - Hvilke målgrupper har kommunen valgt å sette inn tiltak for å nå: barn, unge, eldre, utsatte grupper
 - Hvordan er valg av målgruppe begrunnet – tenkes det at alle skal kunne delta på universelle arenaer, eller vil dere nå bestemte grupper, de som for eks. trenger hjelp til å endre livsstil? Har dere etablert en frisklivssentral?
 - Hva gjør dere for å nå målgruppene? Går dere bredt ut: annonseres det for tiltak i presse, på nettsider, brosjyrer eller annet infomateriell som er lett tilgjengelig? Retter dere henvendelser til skoler og barnehager, eldresentre? Hvis grupper dere har lyst til å nå ikke responderer, hva gjør dere da?
- Hvordan er tiltak organisert:
 - på hvilke arenaer er tiltak etablert – idrettslag, skoler, eldresentre, fritidsklubber
 - er det også de enhetene som har ansvar

- hvilke enheter er involvert
- er nav involvert angående tiltak for å motvirke frafall
- er frivillige organisasjoner involvert på fast basis
- hvilke yrkesgrupper gjennomfører tiltakene
- Hva er kommunens erfaring med bestemte tiltak
 - Sosiale møteplasser
 - Tiltak som skal motvirke frafall i videregående skole
 - Fysisk aktivitet for barn, unge og eldre
 - Forebygging av fallulykker for eldre
 - Fungerer tiltakene etter intensjonen og fungerer de slik dere trodde
- Økonomiske vurderinger generelt

Intervjuguide til folkehelsekoordinator eller rådgivere i fylkeskommunen

Fylkeskommunen skal fremme folkehelse innenfor de oppgaver og med de virkemidler fylkeskommunen er tillagt. Fk skal også understøtte folkehelsearbeidet i kommunene.

- Hvordan arbeider fk med folkehelse og evt. med forebyggende tiltak?
 - Integrere i eget planprogram og ellers annet planarbeid
 - Arbeide med konkrete tiltak, for eksempel tiltak mot frafall i vgs
 - Hvilke andre tiltak arbeides det evt. med
 - Hvem samarbeides det med i arbeidet for å redusere frafall – Kommuner, NAV, bedrifter, frivillige organisasjoner
 - Er alle kommunene i fylket i gang med arbeid mot frafall eller bare de som har vgs?
- Hvor i fk-administrasjonen er rådgiveren plassert?
- Hva er koordinatorens eller rådgiverens rolle?

- Forankre folkehelse i alle avdelinger i fk-administrasjon
- Arbeide mot politikere
- Arbeid med oversikter over folkehelsen og understøtter kommunene i deres arbeid med egen oversikt
- Arbeid mot kommunene
- Arbeid med partnerskap med kommunene og andre akører
- Hva er innholdet i partnerskapet
- Får kommunene stimuleringsmidler
- Avholdes det samlinger og nettverk, deltar kommunene i slike, er det forskjell på hvilke kommuner som deltar og dem som ikke deltar
- Arbeider dere med annen form for informasjonsvirksomhet overfor kommunene
- Hva gis det informasjon om
-
- Har rådgiveren oversikt over hvilke forebyggende tiltak kommunene har? Evt. i noen kommuner
- Er det noen kommuner i din region som utmerker seg?
- Hvem er de og hva gjør de?
- Arbeider dere med partnerskap? Hvor mange har dere evt? Ett hvor både kommuner og regionale aktører er samlet eller flere hvor ulike aktører inngår (fylket + kommuner, fylket + helseforetak, NAV, utdanningsinstitusjoner, etc).
- Hvordan tenker du at partnerskapene bidrar til folkehelsearbeidet?
- Er det utfordringer i partnerskapsarbeidet (interessekonflikter el. lignende)
- Er partnerskapene med kommuner og andre aktører forankret i regional planlegging?
- På fylkesnivå – er det en kobling mellom partnerskapet og fylkesting (råd, utvalg, er politikere aktive i partnerskap?)

- Hva tenker du om frisklivssentralene og kommunenes arbeid med slike sentraler?
 - Tar de oppmerksomheten fra arbeidet med forankring av folkehelse i den kommunale organisasjonen