

BY- OG REGIONFORSKNINGSINSTITUTTET NIBR

Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027

Nora Gotaas, Heidi Bergsli og Ole Andreas Danielsen

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



Nora Gotaas
Heidi Bergsli
Ole Andreas Danielsen

Midtveisevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027

NIBR-rapport 2022:5

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2022:1	Leve hele livet i kommunene
NIBR-rapport 2020:11	Barn, unge og utjevning av sosial ulikhet i helse. En kartleggingsundersøkelse av byomfattende plandokumenter i Oslo kommune
NIBR-rapport 2019:11	Samskaping som samarbeids- og styringsform for kommunenes folkehelsearbeid: Hva vet vi? Hva er utfordrende? Og hvor går vi videre?
NIBR-rapport 2019:6	Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller
NIBR-rapport 2017:15	Folkehelse og sosial bærekraft – en sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger
NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
Samarbeidsrapport NIBR/NOVA	Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk

Publikasjonene finner du på
<https://www.oslomet.no/om/nibr/publikasjoner>

Tittel: Midtveiseevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027

Forfatter: Nora Gotaas, Heidi Bergsli og Ole Andreas Danielsen

NIBR-rapport: 2022:5

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-364-3

Prosjektnummer: 202310

Prosjektnavn: Midtveiseevaluering for program om folkehelse

Oppdragsgiver: Helsedirektoratet

Prosjektleder: Nora Gotaas

Referat: Rapporten er en midtveiseevaluering av det nasjonale Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027, som har et særlig søkelys på barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Hovedmålet for programmet er at kommunene har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, og integrert psykisk helse og rusmiddelforebygging som del av dette. Et av programmets viktigste virkemidler er å styrke et kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom en tilskuddsordning for kommunale tiltak, som er evalueringens primærfokus. Kjennetegn, utfordringer og suksessfaktorer i kommuners tiltaksutvikling, og nytteverdien av nasjonale og regionale verktøy og strukturer som skal understøtte dem, er vurdert i lys av programmets mål om at tiltakene skal styrke et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid i kommunene. Studien finner at programmet har nådd langt i å møte hovedmålet, men at det er nødvendig at den helhetlige og systematiske tilnærmingen som programmet representerer og utvikler ressurser for, fortsatt bør være en motor for virkemiddelutviklingen og ressursene i programmet.

Sammendrag: Norsk og Engelsk

Dato: Mars 2022

Antall sider: 129

Utgiver: By- og regionforskningsinstituttet NIBR
OsloMet - storbyuniversitetet
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO
Telefon: (+47) 67 23 50 00
E-post: post-nibr@oslomet.no

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

Forord

Denne rapporten presenterer midteveiseevaluering av Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027, som NIBR har gjennomført på oppdrag av Helsedirektoratet. Rapporten legger frem resultatene av evalueringen av programmets virkemidler, hvor en tilskuddsordning for utvikling og utprøving av metoder og tiltak i kommunene er den mest sentrale.

Prosjektgruppa har bestått av Nora Gotaas (prosjektleder), Heidi Bergsli og Ole Andreas Danielsen. Vi har kunnet dra nytte av Hege Hofstad ved NIBR som en viktig ressursperson underveis. Utenfra huset var vi så heldige å få Bergliot Baklien som rådgiver og diskusjonspartner. Hun har omfattende evalueringskompetanse og kjenner programmet gjennom å ha utarbeidet en mye brukt veileder i egenevaluering og ved å bistå fylkeskommuner og til dels kommuner i kompetanseheving omkring evalueringsarbeid. Takk for gode innspill, som vi gjerne skulle hatt enda mer tid og rom for å kunne følge opp!

Evalueringen har vært gjennomført i perioden april 2021 - mars 2022, med en liten utsettelse på grunn av epidemien. Vi vil takke Helsedirektoratet for tett samarbeid og god dialog gjennom hele prosjektperioden.

Prosjektet har hatt god nytte av referansegruppa for prosjektet, bestående av Anne Gamme, KS, Linn Hattvang, Ungdom og fritid, Bent Olav Olsen, Fredrikstad kommune, Elin Skuggedal, Færder kommune, Marit Nerås Krogsæter, Møre og Romsdal fylkeskommune, André Rondestvedt, KORUS Nord og Arnfinn Helleve, Folkehelseinstituttet. Referansegruppa har møttes to ganger, og har bidratt til utforming av spørreskjema og i diskusjon av hovedfunn ved avslutning av prosjektet. Takk for engasjement og gode innspill! I utarbeiding av spørreundersøkelsen vil vi særlig takke Bent Olav Olsen, Elin Skuggedal og Greta Klevstad, folkehelsekoordinator i Vestvågøy kommune, for å pilot-teste spørreskjemaet.

Vi vil særlig få takke prosjektlederne i fylkeskommunene i Innlandet, Rogaland og Trøndelag, som har vist stor velvilje ved å fremskaffe relevant dokumentasjon, bistå med praktisk tilrettelegging overfor kommunene ved oppstart av spørreundersøkelsen og ikke minst tatt seg tid til intervju med forskerne. Prosjektlederne i de øvrige fylkeskommunene har deltatt i gruppeintervju, med engasjerte synspunkter og nyttig meningsutveksling. FoU- og kompetansemiljø har stilt opp for å la seg intervju av «kollegaer» i form av oss utenforstående forskere. Ikke minst vil vi få rette en stor takk til kommunene, som tok seg tid i et svært hektisk år til å svare på spørreundersøkelsen. Den ga oss et godt innblikk i arbeidshverdag og betingelser.

Vi håper rapporten kan komme alle nivå i folkehelsearbeidet til gode.

Oslo, mars 2022

Erik Henningsen
forskningssjef

Innhold

Forord	1
Tabelloversikt	3
Figuroversikt	4
Sammendrag	5
Summary	13
1 Innledning	16
2 Bakgrunn for programmet og evalueringperspektiv	19
2.1 Bakgrunn.....	19
3 Perspektiv og fremgangsmåte.....	23
3.2 Teoretisk tilnærming	24
3.3 Forskningsdesign.....	26
3.4 Metode og datagrunnlag.....	26
4 Programarbeid på fylkesnivå –rammebetingelser for kommunenes tiltaksarbeid	30
4.2 Variasjon i programorganisering og utforming	34
4.3 Betydning av forankring og ressurser.....	38
4.4 Støtte fra Programeierne: Helsedirektoratet, KS og Folkehelseinstituttet	40
4.5 Erfaringer fra fylkessammenslåing	43
4.6 Kunnskapsutvikling – hvilke erfaringer har gjort seg med evaluering og samarbeid med og mellom FoU- og kompetansemiljø?	43
4.7 Oppsummering	47
5 Tiltaksutviklingen i kommunene: kjennetegn, betingelser, drivere og utfordringer	52
5.1 Innledning	52
5.2 Kjennetegn ved kommunenes tiltak	53
5.3 Kunnskaps- og forskningsbasis i kommunenes tiltaksutvikling	56
5.4 Kommunens samarbeid om tiltaksutforming	64
5.5 Fremmere og barrierer i kommunenes arbeid med å imøtegå folkehelseutfordringene	71
5.6 Kommunens opplevelse av programmets nytte i tiltaksutviklingen.....	72
5.7 Programmets nytte for kommuner uten tiltak	80
5.8 Oppsummering	82
6 Fra prosjekt til kommunepolitikk: Muligheter for langvarige virkninger av tiltak.....	84
6.1 Programmets verdi for kommunenes arbeid med psykisk helse blant barn og unge.....	84
6.2 Veien videre - hva ser aktørene som viktig?	89
6.3 Oppsummering	94
7 Hovedfunn og anbefalinger	97
Referanser.....	105
Vedlegg 1 – Spørreundersøkelse til kommunene.....	107
Vedlegg 2 – Dokumentstudie - arbeidsnotat.....	129

Tabelloversikt

Tabell 3.1:	Svarprosent	28
Tabell 4.1:	Fylkesvis oversikt: År fylkene ble tatt opp i programmet og årlig tildeling av tilskuddsmidler	32
Tabell 4.2:	Fylkesvis oversikt: År fylkene ble tatt opp i programmet og årlig tildeling av tilskuddsmidler	32
Tabell 4.3:	Oversikt organisering og innretting programarbeid casefylker, medio mars 2022 .	35
Tabell 5.1:	Innhold i tiltakenes målformulering.....	53
Tabell 5.2:	Tiltak med mål om ulike typer samarbeid.....	54
Tabell 5.3:	Begreper brukt i tiltaksmål i henhold til målgrupper	55
Tabell 5.4:	Tiltakets bakgrunn i kjennskap til tiltak andre steder.	60
Tabell 5.5:	Gjennomføring av evaluering	62
Tabell 5.6:	Er prosjekt-/tiltaksmidlene planlagt brukt til følgende formål? Absolutt frekvens. N=42.	64
Tabell 5.7:	Samarbeidsrelasjoner i tiltak i og utenfor kommuneorganisasjon.	67
Tabell 5.8:	Hvilken nytte har kommuner hatt av programmets ressurser, fordelt på kommuner med og uten tiltak. Gjennomsnitt på 5-punkt skala. N oppgitt i parentes.....	78
Tabell 5.9:	Hvilken nytte har kommunene hatt av utvalgte typer støtte fra fylkeskommunen, fordelt på kommuner med og uten tiltak Gjennomsnitt på 5-punkt skala.	79

Figuroversikt

Figur 3.1:	Folkehelsehjulet (Helsedirektoratet 2020).....	23
Figur 5.1:	Kommunens største folkehelseutfordringer som gjelder barn og unge? Prosent. N= 68.	58
Figur 5.2:	Hva slags evaluering av prosjektet/tiltaket er det lagt opp til? Prosent. N=41.....	63
Figur 5.3:	Hvem samarbeidet kommunen med i søknadsprosessen? Prosent. N= 42.	65
Figur 5.4:	Dersom kommunen samarbeidet på tvers av fag og sektorer internt i kommunen i søknadsprosessen, hvilke av tjenesteområdene nedenfor deltok? Prosent. N= 33.	66
Figur 5.5:	Er det noen av disse samarbeidspartnerne som du/dere i tilknytning til folkehelsearbeidet ikke har samarbeidet med tidligere? Prosent. N= 42.	66
Figur 5.6:	Hvem samarbeider kommunen med i gjennomføring av prosjekt/tiltak? Prosent. N= 42.	68
Figur 5.7:	I hvilke faser av prosjektet/tiltaket er det lagt opp til medvirkning fra målgruppen? Prosent. N= 40.....	69
Figur 5.8:	Hva gjorde at kommunen søkte midler til prosjekt/tiltak? Prosent. N= 42.	73
Figur 5.9:	Hva erfarer kommunen at er de viktigste forskjellene i denne prosjekt-/tiltaksstøtten sammenlignet med andre støtteordninger til prosjektutvikling som dere har erfaring med innen folkehelsearbeidet? Prosent.....	74
Figur 5.10:	Har du benyttet noen av de følgende tilbudene og ressursene i program for folkehelse? Prosent.....	76
Figur 5.11:	Opplevd nytteverdi av ressursbruk. Prosent.	77
Figur 5.12:	Hvilken nytte har du/dere hatt av følgende typer støtte fra fylkeskommunen? Prosent.	79
Figur 5.13:	Hvor nyttig vil du/dere si at prosjekt-/tiltaksutvikling i andre kommuner (i Program for folkehelsearbeid) er for læring og utvikling av eget folkehelsearbeid rettet mot barn og unge? Prosent. N= 63.	80
Figur 5.14:	Har dere vurdert å søke om prosjekt-/tiltaksstøtte? Prosent. N= 23.....	81
Figur 6.1:	I hvilken grad mener du/dere at prosjektet/tiltaket har hatt påvirkning på følgende områder? Prosent.	85
Figur 6.2:	Programmets opplevde bidrag med nye virkemidler. Prosent.	86
Figur 6.3:	Hva vil du/dere si er de sterkeste sidene ved kommunens arbeid med folkehelseutfordringer knyttet til barn og unge? Prosent. N: 67.....	88
Figur 6.4:	Syn på tiltakets langsiktige virkninger. Prosent.....	89

Sammendrag

Denne rapporten er en midtveiseevaluering av det nasjonale Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. Hovedmålsettingen for programmet er at «Kommunene har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, og integrert psykisk helse og rusmiddelforebygging som del av dette». Barn og unge er en prioritert målgruppe. Et av de mest sentrale virkemidlene i programmet er etableringen av en tilskuddsordning for utvikling og utprøving av metoder og tiltak i kommunene. Programeierne, Helsedirektoratet, KS og Folkehelseinstituttet, har gått sammen om utvikling og implementering av programmet, på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Fylkeskommunene søker om å bli programfylker, mottar midler fra Helsedirektoratet over ordningen og forvalter disse videre til tiltaksutvikling i kommunene.

Midtveiseevalueringen gir en samlet vurdering av hvordan innretning og gjennomføring av programmet bidrar til at programmets hovedmål kan nås. Rapporten gir anbefalinger om hvordan satsingen kan implementeres og eventuelt justeres i den resterende programperioden, hvordan nasjonale aktører kan understøtte de involverte aktørene samt hvordan satsingsområdene i programmet kan videreføres etter utløp av programperioden.¹

En viktig bakgrunn for etableringen av programmet var *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* fra 2015. Her kom det frem at psykisk helse var en stor folkehelseutfordring for kommunene, men at de var usikre på hvordan de skulle møte dette. Man så også variasjon kommune imellom hvor langt de var kommet i å etablere det systematiske folkehelsearbeidet. Sentrale trekk ved programmet er at det går over en relativt lang tidsperiode, tiltakene skal være universelt rettet, de skal ha et innovasjonsaspekt, det er krav om at alle tiltak skal evalueres og programmet legger stor vekt på utviklingsarbeid og samarbeid med FoU- og kompetansemiljø.

Midtveiseevalueringen tar for seg tre hovedtema: En kartlegging og analyse av *tiltaksutviklingen i kommunene*, av det *forsknings- og utviklingsarbeidet* som finner sted i programmet og en analyse/vurdering med anbefalinger av hvordan erfaringene fra programmet kan omsettes i *varige strukturer for å integrere psykisk helse og livskvalitet i det systematiske folkehelsearbeidet* i kommunene. Fokus rettes mot programmets mest sentrale virkemidler i utviklingsarbeidet og i hvilken grad de fungerer etter hensikten for å bidra mot programmets måloppnåelse. Det gis særlig oppmerksomhet mot i hvilken grad programmets innretning treffer kommunenes behov.

Evalueringen har fire problemstillinger:

1. Hva karakteriserer tiltakene og tiltaksutviklingen *i kommunene* i folkehelseprogrammet?
2. Hvordan, og i hvilken grad, virker folkehelseprogrammet til å endre *kommunenes* forståelse av sine virkemidler for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet og rusmiddelforebygging? - I hvilken grad ser man variasjon mellom kommuner som har mottatt tilskuddsmidler og kommuner som ikke har mottatt tilskuddsmidler.
3. Hvilke former for forsknings- og utviklingssamarbeid er utviklet mellom *kommuner, fylkeskommuner og FoU- og kompetansemiljø* i programmet? Hvordan erfarer de ulike aktørgruppene egen og andres rolle i samarbeidet, og hvordan vurderer de betingelser for fremtidig samarbeid og en sterkere fundert, kunnskapsbasert tiltaksutvikling i kommunene?
4. Hvordan kan innsatsområdene og den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden som folkehelseprogrammet legger opp til, videreføres og få form av *varige strukturer* i kommunens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid?

¹ Det er lagt opp til samlet evaluering av hele programarbeidet etter ti år, med blant annet oppfølging av en nullpunktsundersøkelse som ble gjennomført ved oppstart av programmet (Helgesen et al., 2017). Det er også gjennomført en følgeevaluering i de første programårene (Melby og Grut, 2020).

Problemstillingene belyses gjennom en *dokumentstudie* av alle tiltak i programmet ultimo april 2021 og en *casestudie* av tre fylker. I disse er det gjennomført en *spørreundersøkelse* til alle kommuner og *kvalitative intervju* med prosjektledere i fylkeskommunen og representanter for FoU- og kompetansemiljø. Dette er supplert med et *fokusgruppeintervju* med prosjektledere i de øvrige fylkeskommunene

Variasjon på fylkesnivå – programutforming, forankring og ressurser

Sentrale virkemidler i programmet er knyttet til *fylkeskommunens rolle*. De har en viktig mediatorrolle som bindeledd mellom Helsedirektoratet og kommunene. Fylkeskommunene har og samordnet tiltaksutvikling og etablert kontakt med, og strukturer for, samarbeid med FoU- og kompetansemiljø. Denne strukturen har i store trekk fungert veldig bra.

Programmet forutsetter at fylkeskommunen bruker egne midler til prosjektledelse og oppfølging av kommunene. Det er betydelige forskjeller mellom fylkene hvor mye de har satt av til dette. Det er også ganske ulikt i hvilken grad fylkene, da programmet startet opp, allerede hadde organisatoriske strukturer, planer og arbeidsmåter i det systematiske folkehelsearbeidet som programmet kunne kobles til og dra nytte av. Fylker med større kapasitet på folkehelsearbeidet har hatt tettere kontakt med evalueringsmiljøene og bidratt med ekstra midler til samarbeid og koordinering miljøene imellom. Disse fylkene har også i større grad initiert kunnskapsutvikling utover det direkte evalueringsarbeidet i tiltakene. Det betyr at programmet har hatt ganske ulike rammebetingelser i de ulike fylkene og at disse omkringliggende ressursene har hatt relativt stor betydning. Det kan også bidra til at fylkene i ulik grad vil kunne nyttiggjøre seg erfaringene fra tiltaksutviklingen i det fremtidige arbeidet.

Det er ulikt i hvilken grad fylkene har lagt opp til at alle, eller deler av kommunene skal ha tiltak eller være involvert i tiltak med andre kommuner. Det er også ulikt i hvilken grad det er gitt føringer for å prioritere visse tiltaksområder utover de overordnede, nasjonale føringene. Det har i noen fylker resultert i stor variasjon i tiltaksformer- og områder, og i andre færre og mer konsentrerte tiltak. Det er også ganske stor variasjon mellom fylkene når det gjelder andel kommuner som har tiltak eller ikke. En viktig faktor i tiltaksutviklingen er hvordan søknadsprosessen for kommunene er lagt opp, her legges grunnlaget for tiltakets form og virkemåte. Alle casefylkene har hatt en form for tottrinnsprosess, samtidig er det ulikt hvor god tid de har hatt, hvordan de har organisert denne prosessen og i hvilken grad den har blitt definert som en læringsprosess.

Når det gjelder programeiernes rolle overfor fylkeskommune, har vi sett at unntatt kort tidsfrister og noe uklare signaler i oppstartsfasen i de første programfylkene, har Helsedirektoratets rolle opplevdes som støttende og svært nyttig for fylkene. Det gjelder både tilgjengelighet og dialog med prosjektlederne og kompetansehevende tiltak og nasjonale samlinger. Programmet er nå i en ny overgangsfase og spesielt fylkeskommuner hvor tiltakene er i ferd med å avsluttes, er usikre på betingelser for det videre arbeidet og etterlyser klarere signaler.

Læringsnettverkene ble rettet mot fylkene inntil alle kom med i programmet i 2019. Følgeevalueringen finner at disse opplevdes som relevante og nyttige. I etterkant har KS, ved deltakelse på samlinger, og sikring av en veileider i egenevaluering, hatt en viktig rolle. Fylkene etterlyser imidlertid mer aktiv støtte fra KS når det gjelder hjelp til implementeringsarbeidet i kommunene. Dette er viktig for integrering av tiltaksutviklingen i det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet.

Folkehelseinstituttet har særlig bidratt med kompetansebygging i evalueringsarbeidet overfor fylker og i noen grad enkelttiltak. De har hatt en særlig aktiv rolle i opplæring om egenevaluering som erfares som nyttig.

Samarbeidsorganenes rolle

Organenes funksjon og virkemåte er grundig belyst i følgeevalueringen og våre funn og vurderinger skiller seg ikke vesentlig fra disse. De har etter hvert fått en mer «følge-med rolle» og en mindre

aktiv rolle enn tidligere. Det varierer i hvilken grad organene er bygget på strukturer etablert forut for programmet og hvor bredt sammensatt de er. Vi ser også variasjon i hvilke instanser som er representert. Det tydeligste skillet går mellom i hvilken grad, og hvilke typer, frivillige organisasjoner som er medlemmer, og hvor stor andel av fylkets kommuner, og om kommuner utenom tiltaksordningen som er med. I bredt sammensatte samarbeidsorgan - som oftest bygger på tidligere strukturer, har organet etablert egne arbeidsgrupper for å håndtere søknadsprosessene knyttet til tiltak og følge tiltakene tettere. Det reiser spørsmålet om det er disse som representerer «det egentlige» samarbeidsorganet. Spesielt fylker som er i ferd med å lande sine tiltak, vurderer hvordan samarbeidsorganets rolle kan videreføres og integreres i fylkets øvrige folkehelsearbeid. Det kan innebære å integrere strukturen i det øvrige arbeidet og/eller legge nye oppgaver til organet.

Samarbeid FOU- og kompetansemiljø

Utviklingen av krav om evaluering og utvikling av samarbeidsrelasjoner mellom fylkeskommuner, kommuner/tiltak og FoU-miljø er et av de mest sentrale og nyskapende virkemidlene i programmet. Vi ser at dette har stor betydning for tiltaksutviklingen og kompetanseoppbyggingen i kommunene, og også i fylkeskommunene og i FoU-miljøene. Det er også utviklet nye og tettere samarbeidsrelasjoner internt mellom FoU- og kompetansemiljøene. Programmets innretning, der det ikke har fulgt med midler til finansiering av FoU-samarbeidet, har vært utfordrende, særlig i oppstartfasen i de tidlige programfylkene.

Programmet har generert samarbeid mellom kommuner og foU/kompetansemiljø, og mellom fylkeskommunene og miljøene, som virker å ha ført til bredere, fyldigere og mer langvarige former for samarbeid. Samarbeid og samskaping mellom disse aktørene vil være viktig både i den resterende programperioden og ikke minst i styrkingen av det langsiktige, systematiske folkehelsearbeidet.

Tiltaksutviklingen i kommunene - kjennetegn, betingelser, drivere og utfordringer

På bakgrunn av data fra dokumentstudien og spørreundersøkelsen, ser vi at tiltak i stor grad er rettet mot *psykiske helseutfordringer*, mens kun en mindre andel retter seg mot *rusmiddelforebygging* og svært få mot *vold og overgrep*. Mange kommuner ser utfordringsbildet knyttet til barn og unges psykiske helse knyttet til utenforskap/deltakelse, lavinntekt, frafall, utfordringer i bo/nærmiljø og rus. Den dominerende målgruppa er barn og ungdom, med flest tiltak rettet mot *ungdomsgruppa*, og for en stor del av tiltakene også foreldre/foresatte og ansatte i tjenestene. Den dominerende arenaen for tiltakene er *skole, dernest fritidsarenaer og forebyggende helsetjenester*. De fleste tiltak retter seg mot *flere arenaer samtidig*.

Tiltakene har i stor grad vært utformet gjennom *internt samarbeid i kommunen*, som vektlegges som en styrke, men også en utfordring i tiltaksutviklingen. Til tross for et stort fokus på medvirkning, er det færre kommuner som har samarbeidet med *frivilligheten*, selv der dette er relevant, og det synes være lav benyttelse av *samskaping* som metodikk. Her ser vi imidlertid noen forskjeller mellom fylkene. Vi finner også at det er mer vekt på *medvirkning* mot slutten av tiltaksutviklingen enn i starten, som innebærer at frivilligheten i liten grad har deltatt i søknadsarbeid. Utfordringen er også å få til medvirkning på riktig tidspunkt, å mobilisere og treffe målgruppa presist. For mange kommuner har pandemien vanskeliggjort eller forhindret medvirkningsarbeidet. Mange kommuner har utviklet tiltak på et område de ønsket å satse på eller til å bygge videre på igangsatt arbeid. Inntrykket er likevel at *innovasjonsaspektet*, forstått som at folkehelsearbeid gjøres på en ny måte og/eller på et nytt område i kommunen, ikke er fremtredende. Dette samsvarer med resultatene av Sintefs evaluering.

Majoriteten av kommunene har tatt i bruk *styringsdata* i vurdering av utfordringene som tiltaket rettes mot. Kommuner har hatt incitamenter i søknadsprosessen om å bruke utfordringsbilde og styringsdata som grunnlag for valg av målgrupper og tiltak. Programmet har derfor medvirket til

bevissthet og kjennskap til styringsdata, selv om det ikke alltid er samsvar mellom bruk av styringsdata og tiltakets innretning og nivå for å imøtegå utfordringen.

Kommunene erfarer evaluering som en nyttig, men svært krevende del av tiltaksutviklingen. Veiledning og bistand har vært sentralt for gjennomføringen i kommunene, og en god del rapporterer at de vil ha stort behov for støtte og opplæring i forskningsarbeid. Slik støtte har blitt tilrettelagt i fylkene, og det har vært viktig at forskningsmiljøer har bidratt i målformuleringer for tiltak, ikke minst for å sikre evalueringssopplegget i senere fase. Mange kommuner inkluderer også målgruppen i evalueringen, men da gjerne forstått som at denne skal intervjues eller få en spørreundersøkelse.

Kommunene mener *langsiktigheten* i programmet når det gjelder lengden på tiltaksperioden er en viktig suksessfaktor. Utskiftninger i fagadministrasjon, ildsjeler som mister gnist og prosjektlederrollens potensielle ensomhet kan være utfordringer i tiltak som varer over flere år. Trang kommuneøkonomi, små ressurser og utfordrende lederforankring er også utfordringer. Til sammen gjør dette kommunenes evalueringskompetanse spesielt sårbar. Derfor er *støttefunksjonene på fylkesnivå* spesielt viktige, både gjennom veilederfunksjoner og erfarings- og kompetansenettverk. Fylkessamlingene oppleves som solide arenaer for dette, som alle typer kommuner er fornøyde med, men som kommuner med tiltak verdsetter høyere enn de uten tiltak. Nettressursene verdsettes til gjengjeld høyere blant kommuner uten tiltak.

Programmet virker å være mindre nyttig for kommuner uten tiltak enn for kommuner med tiltak, noe som ikke er overraskende. Selv om alle kommuner inviteres til fylkessamlinger, er det få fylkeskommuner som er proaktive i å inkludere kommuner uten tiltak. Samlet sett er likevel programmets virkemidler viktige og verdsatte bidrag til kommuner i alle ledd av tiltaksutviklingen. Metodikken som utvikles virker å kunne bistå kommunene både i det allmenne folkehelsearbeidet så vel som i annet utviklingsarbeid som krever systematikk.

Fra prosjekt til kommunepolitikk: Muligheter for langvarige virkninger av tiltak

Evalueringen finner at programmet har hatt betydning for nye satsinger, samarbeidsrelasjoner og økt kompetanse i kommunenes folkehelsearbeid. Omtrent samtlige kommuner i spørreundersøkelsen opplever at tiltaket har ført til at kommunen har gjort noe nytt de ikke ville ha prioritert innenfor ordinær drift.

Programmets *langtidsvirkninger* er at kunnskapen og kompetansen vil styrke kommunens systematiske folkehelsearbeid i årene fremover. Dette mener flest kommuner i spørsmål om hva kommunene mener tiltaket vil føre med seg. Mange kommuner tror også at det er stor sannsynlighet for at tiltaket vil inngå i kommunens ordinære drift. Det er større skepsis til om medvirkning blir et viktigere verktøy i kommuneorganisasjonene som følge av tiltaket.

Blant fylkeskommunenes prosjektledere og i FoU/kompetansemiljø fremheves arbeidsmetodene i programmet som det viktigste fruktene av programarbeidet, sammen med styrking av arbeidet rettet mot barn og unges psykiske helse. Utfordringer og betingelser for videre tiltaksutvikling og innlemming i det langsiktige folkehelsearbeidet er å sikre forankring på ledernivå i kommunene, tilstrekkelig finansiering og personalressurser. Prosjektledere og FoU/kompetansemiljø ser også styrket prosjektlederkompetanse i kommunene som viktig. Det mener det er viktig å videreføre støtten til kommunene i utviklingsarbeidet. Nye arbeidsformer krever kontinuerlig oppmerksomhet og det er lett å falle tilbake til gamle mønstre og se etter andre finansieringskilder når tilskuddsmidlene tar slutt. Det er stor enighet om at samarbeid og samskaping mellom FoU/kompetansemiljø, kommuner og fylkeskommuner er viktig å videreføre og videreutvikle, både i programperioden og ikke minst deretter. Samlet kan dette sammenfattes i følgende punkter:

Utfordringer for overføring til varig drift

- ✓ Mangel på sterke samarbeidsrelasjoner med frivilligheten og internt i kommuneorganisasjonen innebærer behov for mer støtte i et langsiktig arbeid

- ✓ Kommuner har behov for støtte og kunnskapsmateriell som bidrag til formidling og forankring blant administrativ og politisk ledelse
- ✓ Kapasitet i kommuneorganisasjon og utfordringer ved tverrfaglig samarbeid er betingelser som setter et kunnskapsbasert og langsiktig folkehelsearbeid på prøve
- ✓ Forankring av langsiktig folkehelsearbeid i plansystemet og kommuneorganisasjonen er viktig men krevende, spesielt for å gi legitimitet til tiltak man ikke vet om har en effekt

Mulighetene for overgang fra tiltak til kommunepolitikk

- ✓ Programmet har skapt momentum som er en styrke som bør holdes oppe blant kommunene som har jobbet med tiltaksutvikling
- ✓ Styrket kapasitet i kommuneorganisasjon og kompetansebygging om prosjektledelse
- ✓ Inkorporering av folkehelsearbeidet i kommunens helhetlige (og tverrsektorielle) planlegging.
- ✓ Videreføring av programmets metodikk for å bedre «kommunenes kunnskapsbaserte og målrettede folkehelsearbeid»
- ✓ Kontinuerlig læring og erfaringsoverføring om systematisk folkehelsearbeid i kommunene med støttefunksjoner på fylkesnivå utover tiltaks- og programperioden
- ✓ Folkehelsearbeidet i kommuner uten tiltak trenger å styrkes i tiden fremover. Det mangler kunnskap om hva denne gruppen har behov for

Samlet vurdering

Hovedmålsettingen for programmet er at kommunene har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, og integrert psykisk helse og rusmiddelforebygging som del av dette.

Evalueringen viser at programmet er på god vei mot å nå denne målsettingen, med noe variasjon, særlig med henblikk på kommuner med og uten tiltak.

Anbefalinger

Mange av virkemidlene i programmet er rettet mot flere aktørgrupper. Det er derfor hensiktsmessig å presentere virkemiddelbruk og anbefalinger i tilknytning til de ulike aktørgruppens rolle. Dette gir noe overlapp mellom tema, men er nyttig for å belyse hvordan samme virkemidler har betydning for flere felt og aktører.²

- Vi anbefaler at den helhetlige og systematiske tilnærmingen som programmet representerer og utvikler ressurser for, fortsatt bør være en motor for virkemiddelutviklingen og ressursene i programmet.

Fylkeskommunens rolle og rammebetingelser

- Vi anbefaler å videreføre og styrke fylkeskommunens rolle som mediator; mellom Helsedirektoratet og tiltak/kommuner og i rollen med samordning, oppfølging og støttefunksjon for tiltak og kommuner i fylket. Det gjelder også rollen som mediator mellom kommuner og FoU/kompetansemiljø.
- I den resterende programperioden bør det gis særlig oppmerksomhet til fylkenes ulike forutsetninger for programgjennomføring og styrking av fylkeskommunens organisatoriske og finansielle betingelser for arbeidet. Dette vil også ha betydning for fylkeskommunens kapasitet til å følge opp kommuner uten tiltak og som FoU- og kompetansemiljøene har lite kontakt med.
- I nye runder med tiltaksutlysninger må det sikres at prosjektledelsen har tilstrekkelig ressurser til dette arbeidet og at de faste arbeidsoppgavene ikke blir skadelidende.

² I kapittel 7 er presenteres anbefalingene under diskusjon av ulike hovedfunn, de er derfor i noen grad gruppert annerledes der enn i sammendraget.

- En lang programperiode gjør at man har erfart flere utskiftninger i prosjektledelsen. Det må legges til rette for god kunnskapsoverføring om programarbeidet internt.
- Avhengig av hvordan, og i hvilken grad fylket deltar i den videre programperioden, vurderes samarbeidsorganet sammensetning og virkemåte.
- Det bør legges vekt på hvordan samarbeidsorganene kan integreres i fylkenes folkehelsearbeid utover programperioden. Spesielt deltakere i de små organene eller i egne FoU-grupper har opparbeidet mye kunnskap og kompetanse om tiltaksutvikling i kommunene, kombinert med et oversiktsbilde i fylket, som bør sikres videreføring.

Mer spesifikt med hensyn på programeiernes rolle anbefales:

- Helsedirektoratets rolle overfor fylkene videreføres i programperioden
- I nye runder med tiltaksutlysninger må fylkeskommunen gis tilstrekkelig tid til søknadsprosessen og dialog med kommunene. Dette har betydning for tiltakenes form og innhold.
- Det anbefales at KS involveres sterkere i fylkenes og kommunenes behov for å styrke tiltakenes integrering i det langsiktige, systematiske folkehelsearbeidet.
- Folkehelseinstituttets rolle videreføres. Dette er viktig ved oppstart av nye tiltak.

Virkemidler og strategier overfor FoU- og kunnskapsmiljø

- Vi anbefaler at det legges til rette for videreføring og videreutvikling av samarbeidsrelasjoner og –fora som er utviklet til FoU- og kompetansemiljøene og disse miljøene imellom.
- Det sikres finansiering av dette samarbeidet fremover, med vekt på ordninger som ikke fører til mye administrativt merarbeid. Det gjelder særlig samarbeidsavtaler mellom kommuner og FoU.
- Det legges til rette for å utjevne virkningene av ulikhet i økonomiske betingelser mellom FoU- og kompetansemiljø.
- Det legges til rette for at FoU-miljøene kan videreutvikle kunnskapen tilegnet gjennom tiltaksevalueringen i bredere forskningsarbeider. Vurdere hvordan ekstern finansiering kan sikres.

Virkemidler og strategier overfor kommunene

- Vi anbefaler programmet å beholde fokus på styringsdata (slik som oversiktsdokumentet og folkehelseoversikten), og styrke veiledning på forholdet mellom utfordring – målbilde – tiltak for å sikre bedre samsvar mellom mål og middel.
- For å styrke systematisk prosjekt- og folkehelsearbeid anbefaler vi også programmet å vurdere å forsterke kompetansen innen prosjekt- og prosessledelse i kommunene.
- På grunnlag av studien vil det være hensiktsmessig å opprettholde fokuset på medvirkning, og vurdere hvorvidt formidling av faglige perspektiv og metoder kan vektlegges enda sterkere i det fremtidige fagprogrammet.
- Overordnede involveringsperspektiver bør gis et stort fokus i programmet i fortsettelsen, fra medvirkning til samarbeid til samskaping, og med hovedfokus på sistnevnte, inklusive vekt på involvering av politisk og administrativ ledelse for å øke folkehelsekompetanse
- Programmets økonomiske rammer for støtte i det videre kommunale folkehelsearbeidet innrettes for å sikre videreføring av tiltaksutviklingens resultater.

FoU- og kompetansemiljø som ressurser for kommunene

- Kommunenes samarbeid med FoU- og kompetansemiljøer i tiltaksarbeidet er nytt for mange kommuner. Denne nye samarbeidsformen i folkehelsearbeid vurderes som en av styrkene i programmet, og bør derfor også styrkes i det videre programarbeidet
- I utvikling av nye tiltak bør FoU-miljøene engasjeres tidlig i prosessen og gi hjelp til utforming av søknader.
- FoU og kompetansemiljø har hatt lite kontakt med kommuner uten tiltak. Disse vil ha tilegnet seg mindre evalueringskompetanse enn kommuner med tiltak. Det bør vurderes hvordan denne kompetansen kan styrkes i kommuner uten tiltak.

Langvarige virkninger

- Vi anbefaler at programmet i fortsettelsen bidrar med faglig veiledning om integrering av folkehelse i kommunens strategiske planlegging, som en forsterking av fokuset på å integrere tiltaket i kommunens langsiktige og kunnskapsbaserte folkehelsearbeid.

Effekter av Covid-19 epidemien

- Vi anbefaler at utfordringer i kjølvannet av denne vurderes i den videre programutviklingen, i spørsmål om videreføring av tiltaksmidler spesielt og i innrettingen på øvrige virkemidler i programmet.

Tematisk profil tiltak

- Hvis programmet i fortsettelsen skal vektlegge områdene rusforebyggende arbeid, vold og overgrep, må oppmerksomheten og det forebyggende arbeid om disse temaene i programmet økes.
- Hvis programmet i det videre skal styrke involvering og samskaping med frivillighet og næringsliv, bør fokuset på dette i programmet forsterkes.

Vi anbefaler i tillegg Helsedirektoratet å vurdere følgende spørsmål som gjelder kravet om innovasjon i tiltaksutviklingen:

- Er det viktigst for kommunenes folkehelsearbeid at tiltakene er nyskapende/ utvikler ny kunnskap, eller er det viktigst for programmet? Hvis programmets støtte skal være viktig for kommunens folkehelsearbeid, og tilskuddsmidler bidrar til dette, kan programmets virkemidler ha god nok effekt på det langsiktige arbeidet hvis man viderefører arbeid som er fornuftig i den lokale konteksten. Tiltak og arbeid som allerede fungerer i kommunene er også verdt å videreføre, og dermed kanskje også verdt å støtte?
- Kan eller bør programmet bidra mer til å stimulere innovasjon i offentlig sektor, for eksempel gjennom samarbeid på statlig nivå, f.eks. mellom Helsedirektoratet, KD og KKD?

Forebygging.no

- Nettsiden kan videreutvikles. Blant annet er det et spørsmål om det kan etableres flere underkategorier når det gjelder tiltakenes tematiske profil. For eksempel slik at man finner frem til tiltak som er rettet mot møteplasser for barn og unge, styrking av relasjonskompetanse osv.
- Dersom nettsiden skal brukes mer som ressurs av kommuner uten tiltak, bør det vurderes om den kan innrettes mer mot denne målgruppa.

Spørsmål til videre programutvikling

Til slutt stiller vi noen reflekterende spørsmål ved kunnskapssystemet programmet bygger opp, hvorvidt det sterke forskningsfokuset kan følges godt nok opp i kommunene, og om hva som blir

betydningen av å forsterke forskningskompetansen i kommunene hvis dette fokuset opprettholdes. Følgende aspekter kan diskuteres i den videre utviklingen av programmet:

- Erfaringsutveksling kan virke til at de samme eller lignende tiltak gjennomføres i mange kommuner, og vil kanskje derfor ikke bidra til den nyskaping i og gjennom tiltak som programmet etterstreber for det fremtidige folkehelsearbeidet og for folkehelseforskningen. Dette er ikke nødvendigvis negativt, og kanskje tvert om, men vekting mellom erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskapsformidling kan være et interessant tema for diskusjon i det videre arbeidet.
- Forskningsbasert tiltaksutvikling er tids- og kompetansekrevende, og kommunene kan risikere å ikke komme langt nok i å omsette tiltaket til kommunens varige strukturer
- Kommuner uten involvering i tiltak kan komme til å bakke akterut hvis kommuner med tiltak styrkes ved stor forskningsinnsats.

Summary

The Norwegian Directorate of Health manages the Norwegian program for public health planning in the municipalities 2017-27, that the Norwegian institute of urban and regional research has evaluated. This report presents the results of this mid-term evaluation and provides recommendations to the further enhancement of the program.

The program's objective is to assist Norwegian municipalities towards the establishment of systematic and knowledge-based public health planning, that includes a scope on mental health and prevention of substance abuse. Children and adolescences constitute the program's target group. Among the program's most central measures is the funding of municipal projects that target the development and testing of methods and measures to improve mental health conditions among children and adolescences. Program theory and theories of co-creation and strategic planning have informed our evaluation study. The main objective of the evaluation is to assess the extent to which the program successfully targets the needs of the municipalities.

The program owners are the Directorate of health, the Norwegian Association of Local and Regional Authorities KS and the Norwegian Institute of Public Health, who are responsible for developing and implementing the program on behalf of the Ministry of Health and Care. The responsibility to distribute funds to municipal public health projects and assist the projects is delegated to Norwegian county councils, who thereby have a coordinating role. The municipal projects must be based on health data or other scientific sources, and they should be developed with a systematic design that includes evaluation. The desired result is the implementation of targeted measures in the municipal public health planning systems. The county councils have in accordance with the program established "Collaborative bodies" that include researchers, advisors and ideally NGOs, as a means to ensure that competence is distributed among the municipalities, thus enhancing knowledge-based approaches.

This evaluation report has aimed to provide a comprehensive assessment of how the funding program contributes to the implementation of public health measures in the municipalities. The report gives recommendations about adjustments and implementation in the remaining program period, how national agents may support the actors involved in the program, and how the strategic program areas may be enhanced after the program period.

Three main areas are analysed and discussed in the evaluation report: i) The mapping and analysis of the projects development; ii) the program's research and development initiatives (including its focus on evaluation), and iii) an analysis with recommendations concerning how the program may contribute to institutional embeddedness, securing the integration of mental health and quality of life approaches in the systematic and strategic public health planning in the municipalities.

The methodological design includes a document study of the 142 projects that received funding in 2021, based on the status reports submitted by the municipalities responsible for projects. It further contains a case study of three Norwegian counties. In these counties, interviews with project leaders at the county council and researchers involved to support the municipalities were carried out. A focus group interview with the remaining county project leaders were also made. A survey among the 106 municipalities located in the case countries has finally constituted the methodological approach. The survey resulted in responses from 68 project leaders in municipalities that receive project funding, as well as public health coordinators in the municipalities that do not receive funding from the program.

The main findings can be summarised as follows:

The program is organised in different ways in the counties, resulting in various degrees to which municipalities are involved in the respective counties, as well as different thematic approaches.

The cascading effect of the program's structure of support to public health projects (from the state through the counties to the municipalities) has been favourable, and the program's structure is appreciated among the actors involved. This implies an effective transfer of competence organised within the program structure, outreaching through regional and national learning networks.

Whereas the Collaborative bodies established at the county level have been important in the initial phase of project implementation, their enduring function depends on the aim to secure cooperation structures for future public health measures and initiatives. The engagement of research institutions in the collaborative structures of the program has been important, and would be valuable to future public health measures. In general, transfer of competence and knowledge through support and guidance, as well as access to learning networks would benefit municipal public health planning. A continuous scope on the enhancement of *systematic* public health measures is favourable. Cooperation and co-creation between municipalities, counties and R&D institutions prove important to future public health planning, for instance in carrying out evaluation of projects, enabling municipalities to readjust measures according to needs and results.

The municipal projects emphasis public health measures that target the role of participation, low income, dropout, challenging neighbourhoods and substance abuse to the mental health outcomes among teenagers in particular, who are the most important target group selected among the municipal projects. A large share of the municipalities has developed measures that target the school and leisure as arenas for intervention.

The municipalities have emphasised the role of inter-sectoral and interdisciplinary cooperation to the success of the projects. However, this cooperation is regularly challenged by lack of resources and lack of commitment among political and administrative leadership in the municipalities. The municipalities further aim to apply participatory methods in the project designs, but find it difficult to implement. The municipalities still aim to implement this approach more generally in their strategical planning system. Furthermore, there are few experimental projects carried out, that reduce the possibility of new and innovative measures, that the program aims to enhance.

Following the aim that the program should result in more knowledge-based measures, emphasis on knowledge and methodological approaches in each and every step of the projects' development are important. The municipalities tend to internalise some of the incentives of the program, such as making use of health data and knowledge to ground the aims of the measures they develop to improve the mental health of children and adolescences, and to embed the measures in their public health planning. The challenges to these aims are the following:

- A rather low degree of *cooperation with NGOs* prevents the fruits of co-creation to be harvested
- Municipal administrations require support in *mobilising resources* and ensuring *commitment* among administrative and political leadership in public health planning
- *Capacity* within municipal administrations and challenging *inter-sectorial cooperation condition* knowledge-based and strategic public health initiatives
- Embedding long term public health initiatives in the planning system and the municipal organisation is important yet demanding, particularly in terms of legitimating *measures without an evidence base*.

The opportunities for the transfer of measures into municipal policies based on the evaluation are the following:

- The program has created *momentum* that is a strength to be built upon
- Strengthening capacity in municipal organisations and emphasis on competence building in the case of *project management*
- Incorporating public health initiatives in municipal *strategic planning*
- Passing on the program's *methodology*, in order to improve the knowledge-based and targeted public health initiatives

- Continuous *learning and experience-based knowledge transfers* into systematic and strategic public health work in the municipalities with support functions at the county level in a long-term perspective
- Strengthening the public health initiatives of municipalities that *have not participated* with projects in the program. There is a lack of knowledge about what this group of municipalities need.

Summarised assessment

The main objective of the program is to assist the municipalities towards the establishment of a systematic and knowledge-based public health planning system, integrating scopes on mental health and prevention of substance abuse as integral measures.

The evaluation finds that the program is on its way to reach this objective, with a few exceptions, the most important being the impact on municipalities that have not developed projects and measures as part of the program. Would they lag behind?

The overarching recommendation is that the comprehensive and systematic approach represented by the program, and to which resources are developed, should be the prime engine in the development of future measures and tools in the program.

1 Innledning

Denne rapporten er en midtveiseevaluering av det nasjonale Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. Hovedmålsettingen for programmet er at «Kommunene har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, og integrert psykisk helse og rusmiddelforebygging som del av dette». Barn og unge er en prioritert målgruppe. Et av de mest sentrale virkemidlene i programmet er etableringen av en tilskuddsordning for utvikling og utprøving av metoder og tiltak i kommunene.

Helsedirektoratet, kommunesektorens interesseorganisasjon KS og Folkehelseinstituttet har gått sammen om utvikling og implementering av programmet, på vegne av Helse- og omsorgsdepartementet. Fylkeskommunene søker om å bli programfylker, mottar midler fra Helsedirektoratet over ordningen og fordeler disse videre til tiltaksutvikling i kommunene.

Midtveiseevalueringen skal gi en samlet vurdering av hvordan innretning og gjennomføring av programmet bidrar til at programmets hovedmål kan nås. Dette inkluderer kunnskap som skal gi grunnlag for anbefalinger om hvordan satsingen kan implementeres og eventuelt justeres i den resterende programperioden, hvordan nasjonale aktører kan understøtte de involverte aktørene samt hvordan satsingsområdene i programmet kan videreføres etter utløp av programperioden. Programmet omfatter nå alle fylker, en rekke lokale tiltak og aktører på ulike forvaltningsnivå, i ulike tjenester og på ulike felt. Programmet inkluderer også sivilsamfunnet, samt forsknings- og kompetansemiljøer.

Tidligere er det gjennomført to undersøkelser i tilknytning til programmet, en nullpunktsundersøkelse ved oppstart av programmet (Helgesen m.fl., 2017) og en følgeevaluering (Melby og Grut, 2020). Det er lagt opp til samlet evaluering av hele programarbeidet etter ti år, med blant annet en oppfølging av nullpunktsundersøkelsen.

Midtveiseevalueringen tar for seg tre hovedtema: En kartlegging og analyse av *tiltaksutviklingen i kommunene*, av det *forsknings- og utviklingsarbeidet* som finner sted i programmet og en analyse/vurdering med anbefalinger av hvordan erfaringene fra programmet kan omsettes i *varige strukturer for å integrere psykisk helse og livskvalitet i det systematiske folkehelsearbeidet* i kommunene.

1.1.1 Forskningsspørsmål

Evalueringen har følgende fire problemstillinger, som vi, i samråd med oppdragsgiver, endret og tilpasset noe i oppstarten av evalueringsarbeidet:

1. Hva karakteriserer tiltakene og tiltaksutviklingen i kommunene i folkehelseprogrammet?
2. Hvordan, og i hvilken grad, virker folkehelseprogrammet til å endre *kommunenes* forståelse av sine virkemidler for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet og rusmiddelforebygging? - I hvilken grad ser man variasjon mellom kommuner som har mottatt tilskuddsmidler og kommuner som ikke har mottatt tilskuddsmidler.
3. Hvilke former for forsknings- og utviklingssamarbeid er utviklet mellom *kommuner, fylkeskommuner og FoU- og kompetansemiljø* i programmet? Hvordan erfarer de ulike aktørgruppene egen og andres rolle i samarbeidet, og hvordan vurderer de betingelser for fremtidig samarbeid og en sterkere fundert, kunnskapsbasert tiltaksutvikling i kommunene?
4. Hvordan kan innsatsområdene og den kunnskapsbaserte arbeidsmetoden som folkehelseprogrammet legger opp til, videreføres og få form av *varige strukturer* i kommunens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid?

De ulike problemstillingene belyses gjennom en *dokumentstudie* av alle tiltak i programmet ultimo april 2021 og en *casestudie* av tre fylker. I disse har vi gjennomført en *spørreundersøkelse* til alle kommuner og *kvalitative intervju* med prosjektledere i fylkeskommunen og representanter for FoU- og kompetansemiljø. Dette er supplert med et *fokusgruppeintervju* med prosjektledere i de øvrige fylkeskommunene.

Midtveisvalueringen har fokus på programmets mest sentrale virkemidler, samt hvordan og i hvilken grad de fungerer etter hensikten for å bidra mot programmets måloppnåelse. Vi retter særlig oppmerksomhet mot i hvilken grad programmets innretning treffer kommunenes behov.

1.1.2 Rapportens oppbygging

I kapittel 2 gir vi en bakgrunn for hvorfor programmet ble etablert, målsettinger for arbeidet, hovedtrekk ved hvordan programmet er innrettet og hvordan det er tenkt å virke. Det inkluderer en skissering av hva folkehelsearbeid er og hva man forstår som det systematiske folkehelsearbeidet.

Kapittel 3 viser det teoretiske utgangspunktet for analysen og redegjør for forskningsdesign og metode.

Kapittel 4 består av to hovedbolker: Første del gir en tidsoversikt over fylkeskommunes opptak i programmet, tildelte midler og nasjonale føringer for fylkeskommunenes rolle i programmet. Deretter ser vi på noen hovedtrekk ved fylkenes utforming av programarbeidet, med vekt på variasjon mellom casefylkene når det gjelder føringer for kommunenes tiltaksarbeid. I dette belyses vi faktorer som fylkeskommunal forankring og ressurstilgang som viktige faktorer for fylkeskommunenes rolle overfor kommunene og FoU/og kompetansemiljø, samt programeiernes understøttelse. Andre del tar for seg programmets vekt på kunnskapsutvikling og krav om evaluering. Vi ser på hvordan dette er organisert og finansiert, og fylkeskommunale prosjektledere og FoU/kompetansemiljø sine erfaringer med samarbeid, både seg imellom og overfor kommunene. Her er erfaringer fra de øvrige fylkene i større grad trukket inn.

Kapittel 5 er rapportens empiriske hovedkapittel, hvor vi presenterer og drøfter resultatene fra spørreundersøkelsen som ble sendt til alle kommuner i tre casefylker. Kommunenes erfaringer og perspektiver sammenstilles og drøftes i sammenheng med intervjudata som favner erfaringer og synspunkter fra prosjektledere i alle fylker samt FoU- og kompetansemiljø. Vi bringer også inn resultater fra dokumentanalysen i beskrivelsen av kommunenes tiltak. Kapittelet tar først for seg mønstre i de 142 tiltakene som inngikk i programmet per 2021. Deretter presenterer vi funn om tiltaksutviklingen i lys av utfordringer, utviklingstrekk og samarbeidsrelasjoner i gjennomføringen, og hvilke fremmere og barrierer for tiltaksutviklingen som erfaringene viser. Vi diskuterer programmets opplevde nytteverdi for tiltaksutviklingen og hvordan dette programmet skiller seg fra andre innsatser rettet mot folkehelsearbeidet i kommunene. Vi drøfter også programmets betydning for kommuner uten tiltak.

I kapittel 6 løfter vi frem de ulike aktørgruppens betraktninger når det gjelder den videre tiltaksutviklingen og programmets innretning. Det gjelder særlig hvordan, og i hvilken grad, kunnskap og arbeidsmåter i programmet kan inngå i det langsiktige folkehelsearbeidet, de viktigste faktorene som hemmer og fremmer denne målsettingen og hva aktørene mener bør videreføres eller endres for å lykkes med dette. Det grunnleggende spørsmålet i dette kapittelet er prospektet for at kommunene får overført tiltaket i varige strukturer, fra prosjekt til politikk.

Kapittel 7 presenterer en kort sammenfatning av de viktigste funnene i evalueringsarbeidet og gir en rekke anbefalinger på bakgrunn av disse. Det gjelder innsatsområder og virkemidler som bør gis særlig oppmerksomhet i den resterende programperioden for å nå programmets målsettinger.

Skjema for spørreundersøkelse og dokumentanalysen, som har form av et arbeidsnotat, er lagt ved rapporten som vedlegg.

Hensikten med evalueringen er først og fremst å vurdere programmets og de nasjonale aktørenes virkemidler, ikke fylkenes eller kommunenes spesifikke innsats. I noen grad har vi brukt fylkenes egennavn der det er særlig relevant, men i store trekk bruker vi dataene som uttrykk for innretting og erfaringer som kan gå på tvers av flere fylker.

2 Bakgrunn for programmet og evalueringsperspektiv

I dette kapitlet presenterer vi først bakteppet for programmet, i form av programmets forankring i den nasjonale folkehelsepolitikken. Det inkluderer en skisse av hva som legges i begrepet «det systematiske folkehelsearbeidet». Dette er en metodikk som følger kravene i folkehelseloven og som programmet er ment å fremme. Deler av denne teksten er en lett omarbeidet versjon av presentasjoner fra en tidligere rapport med tilstøtende tema (Gotaas 2020).

Deretter presenterer vi det teoretiske utgangspunktet for vår analyse. Dette gir føringer for hvordan vi kan forstå programmets form og innretning når vi i neste omgang beskriver det som kan kalles programmets endrings- eller virkningsteori.

2.1 Bakgrunn

De senere årene har man sett en stadig økende oppmerksomhet om folkehelsearbeid i Norge. Folkehelsepolitikken og folkehelsearbeidet er forankret i folkehelseloven, som trådte i kraft i 2012. Med folkehelseloven fikk man en økt vektlegging av systematikk i folkehelsearbeidet, med stadfesting av kommunenes, fylkeskommunenes og statlige myndigheters ansvar, og samspillet mellom disse. Også plan- og bygningsloven gir viktige føringer for kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid. Loven har et bredt samfunnsperspektiv og kobler eksplisitt folkehelse til bærekraftig utvikling, med vekt på blant annet sosial ulikhet og medvirkning i planprosesser.

Folkehelse defineres som «befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning» (folkehelseloven 2011, §3). Følgende momenter kan sies å ligge til grunn for folkehelsepolitikken (Hofstad 2018, 2019): For det første handler folkehelse om befolkningen som helhet med hovedvekt på *universelle, primærforebyggende tiltak* (Helsedirektoratet 2010, s. 21–22). For det andre vektlegges både negative og positive faktorerets effekt på helsen. Folkehelse handler ikke kun om å forebygge uhelse, men like mye om *helsefremming*; å fremme helse og trivsel. For det tredje, har folkehelsepolitikken et tydelig fokus på *hvordan helsen fordeles* i befolkningen. Et viktig moment er at sosiale ulikheter i helse danner en gradient gjennom hele befolkningen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Folkehelsearbeid rettet mot barn og unge sees som spesielt viktig fordi man vet at sosial ulikhet i helse reproduseres og at faktorer som påvirker helse i barndom og ungdom former livsløpet og i stor grad virker inn på helsesituasjonen gjennom hele livet.

I folkehelsepolitikken legges det videre til grunn at innsatsen mot de grunnleggende, sosiale årsakene til helseforskjeller, de såkalte *sosiale helsedeterminantene*, eller *påvirkningsfaktorene* (Dahl m.fl., 2014) er av særlig betydning. Påvirkningsfaktorer er alle faktorer som påvirker helsa, positivt eller negativt, knyttet til sosioøkonomisk status, utdanningsnivå, oppvekstvilkår, arbeids-, bo- og nærmiljø, helseatferd og bruk av helsetjenester og sosiale tjenester. Å drive folkehelsearbeid handler derfor i stor grad om å sette inn tiltak *utenfor* helsetjenesten. Folkehelsearbeid kan defineres som «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, s. 20). Dette gir et helhetsperspektiv og omfatter både direkte og mer indirekte faktorer. Samlet sett vil folkehelsearbeid derfor favne svært bredt og angå de fleste samfunnssektorer.

2.1.1 Programmets innretning og endringsteori

I dette avsnittet går vi mer konkret inn på programmets bakgrunn, målsettinger og virkemidler, og programmets virknings- eller endringsteori. Det vil si hvordan man ser for seg at virkemidlene skal bidra til å nå programmets mål.

En sentral bakgrunn for etableringen av programmet var *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid* (Riksrevisjonen 2015). Rapporten vurderte i hvilken grad kommunenes og fylkeskommunenes folkehelsearbeid var systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøttet dette arbeidet. Hovedfunnene viste at:

- ✓ De fleste kommunene har foreløpig ikke etablert et systematisk folkehelsearbeid.
- ✓ Arbeidet med folkehelse og folkehelse tiltak er ikke tilstrekkelig kunnskapsbasert.
- ✓ Folkehelsearbeidet er ikke godt nok forankret i sektorer utenfor helse.
- ✓ Det er behov for å styrke oppfølgingen av det kommunale folkehelsearbeidet

Rapporten fant også at psykisk helse var kommunenes største folkehelseutfordring, med en økning i psykiske problemer blant unge. De to andre hovedutfordringene var levekår og sosial ulikhet og befolkningssammensetning (Ibid. s.37). Et viktig funn var også at selv om over halvparten av kommunene mente psykisk helse var den største folkehelseutfordringen, var det bare litt over 30 prosent som svarte at dette var blant områdene hvor de hadde flest tiltak. I et av bakgrunnsdokumentene for programmet refereres det blant annet til Riksrevisjonens rapport slik: «Mye godt arbeid gjøres allerede, men kommunene mangler kunnskap og informasjon om effektive tiltak».³

Rapporten anbefaler at Helsedepartementet:

- legger til rette for økt kunnskap om folkehelse og hva som er effektive folkehelse tiltak, både gjennom forskning og ved formidling av erfaringsbasert kunnskap i kommunene
- bidrar med tettere oppfølging og tiltak som understøtter det lokale og regionale folkehelsearbeidet, særlig overfor kommuner som er kommet kort i det systematiske arbeidet
- styrker arbeidet med å forankre folkehelse på tvers av sektorer, blant annet gjennom å synliggjøre helsekonsekvenser og legge til rette for at sektormyndigheter utenfor helse i større grad deltar i folkehelsearbeidet

Etableringen og innretningen av Program for folkehelsearbeid er et svar på disse anbefalingene. Ut ifra en økende kunnskap om betydningen av psykisk helse for barn og unges livssituasjon og hvordan helse i barndom og ungdom former livsløpet, har programeieren prioritert barn og unge som målgruppe og psykisk helse og rusmiddelforebygging som tiltaksområder.

Vi har ikke intervjuet representanter fra programeierne om eventuelle videre begrunnelser for programmets form og innhold, men tar utgangspunkt i de relevante bakgrunnsdokumentene. Det ble bestemt at programmet skulle ha en varighet på 10 år og ha langsiktige mål, med virkning utover programperioden. Grunnen til at tidsperioden for selve tiltakene ble satt til 3-5 år, var at man, i tråd med programmets vekt på kunnskapsutvikling, ønsket å høste erfaringer underveis i programperioden. Det ble satt et krav om at alle tiltak skal evalueres. Det ga mulighet til å gjøre endringer og vurderinger underveis i 10-årsperioden og starte nye tiltak basert på kunnskap og erfaring fra den første runden.

Finansieringen av programmet betegnes som en «mellomperiode» ved at de økonomiske midlene til programmet ble slått sammen fra mange ulike poster til en egen satsing. Etter programmets

³ <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene#bakgrunnforprogrammet> (lesedato 07.03.22)

avslutning skal midlene i sin helhet over i rammefinansieringen til fylkeskommunene. Totalt er det per i dag bevilget vel 410 millioner over 6 år (se 4.1.2).

Satsingen består av fem hovedelementer:

1. Kunnskapsbasert utvikling av tiltak i kommunene
2. Kompetansesøtte og erfaringsspredning på tvers av kommuner og fylker
3. Videreutvikling og implementering av styringsdata
4. Styrket samarbeid mellom aktører, - både på nasjonalt, regionalt og kommunalt nivå.
5. Samordning av statlige føringer og virkemidler rettet mot kommunene.

I midtveiseevalueringen tar vi for oss alle elementene, med størst vekt på de elementene hvor vi vurderer at innsatsen i programmet hittil har vært sterkest og som har hatt størst betydning for selve tiltaksutviklingen; 1,2 og 4.

Aktørbilde, mål og virkemidler

Helsedirektoratet, KS og Folkehelseinstituttet har nasjonalt ansvar for gjennomføring og evaluering av programmet.

I tillegg har regionale og nasjonale kompetansesentrene en oppgave nedfelt i tilskuddsbrev om å medvirke i programmet, for eksempel ved å delta i fylkers samarbeidsorganer.⁴ Disse sentra er Regionalt kompetansesentrene på rusfeltet (KORUS), regionale kunnskapssentre for barn og unge (RBKU) Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP); Regionale ressursentre om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) og Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA).

Programmets hovedmål er formulert slik:

Kommunene har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, og integrert psykisk helse og rusmiddelforebygging som del av dette.

Programmet har utviklet en rekke delmål, strategier og virkemidler for å understøtte dette hovedmålet. I evalueringen tar vi særlig for oss tiltaksutviklingen og det pedagogiske virkemiddelapparatet som er bygget opp for å støtte kommunenes og fylkeskommunenes utviklingsarbeid. Dette er et av de mest sentrale virkemidlene i programmet. En full oversikt over innsatsene er å finne på Helsedirektoratets hjemmeside.⁵ Ved siden av selve tilskuddsordningen, presiserer Helsedirektoratet at virkemidlene ligger i programmets struktur for å støtte oppunder tiltaksutviklingen i kommunene. For de ulike nivåene er følgende innsatser de mest relevante for utviklingsarbeidet:

Kommuner/tiltak:

- Krav om bruk av kunnskapsbaserte arbeidsmetoder (inkludert evaluering) og at dette skal foregå i samarbeid med FoU/kompetansemiljøer
- Krav til medvirkning fra målgruppen i tiltaksutviklingen

Fylkeskommunen:

- Etablering av samarbeidsorgan
- Forvalte tilskuddsordningen i sitt fylke.

⁴ [Helsedirektoratet.no Bidragstere](https://helsedirektoratet.no/Bidragstere)

⁵ [Helsedirektoratet.no Oversikter over innsatser](https://helsedirektoratet.no/Oversikter%20over%20innsatser) (lesedato 20.03.22)

Forvaltningen inkluderer å inngå formelle samarbeidsavtaler med kommuner om tiltaksutvikling, samt:

- Koordinering av programarbeidet i fylke og understøttelse av kommunenes tiltaksutvikling
- Rekruttere miljøer (FoU og kompetansemiljø) som kan bistå tiltaksutviklingen

Nasjonale aktører:

- Kompetansestøtte gjennom for eksempel konferanser, prosjektledersamlinger, webinarer
- Oppgaver, slik som å utvikle og formidle styringsdata som kommunene kan benytte i sine kunnskapsgrunnlag for folkehelse- og planarbeidet.

I tillegg vil vi si at flere virkemidler er knyttet til strukturen der fylkeskommunen er mellomleddet mellom kommuner og programeiere. Fylkeskommunen skal samordne tiltaksutviklingen i fylket og støtte kommunene i tiltaksutviklingen gjennom oppfølging, erfaringsdeling og kompetanseheving. Dette inkluderer støtte til kommuner som ikke har tiltak.

Innenfor programmets krav til selve tiltaksutviklingen, stiller programmet kommunene ganske fritt i hvordan de vil innrette tiltaket. I Regelverket for tilskuddsordningen heter det at ordningen skal bidra til (våre uthevinger):

- utvikling av kunnskapsbaserte lokale tiltak, arbeidsmåter og verktøy for å fremme barn og unges livskvalitet og psykiske helse og rusforebyggende arbeid i kommunene.
- å integrere barn og unges psykiske helse som en likeverdig del av det lokale folkehelsearbeidet.
- samarbeid mellom aktører innen blant annet skole og barnehage, fritidssektoren, helsetjenesten, politiet og frivillige sektor.

Slik kan man si at programmet er en kombinasjon av nasjonal styring med relativt klare føringer og «bottom up», hvor kommunene definerer hvilke behov de har. Innenfor de føringer fylkeskommunen eventuelt har gitt som en presisering av programmet, kan kommunene søke form og område for tiltak ut fra hva de mener de trenger. Det betyr ikke at alle søknader nødvendigvis har blitt innvilget, dette kommer vi tilbake til i kapittel 4 og 5.

Oppsummert kan vi at målsettingene er å jobbe mer systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig med folkehelsearbeid. Dette skal skje gjennom å utvikle tiltak rettet mot barn og unge på områdene psykisk helse og lokalt rusforebyggende arbeid. Tiltakene skal på samme tid være kunnskapsbaserte, ved å baseres på kommunenes kunnskapsgrunnlag og utfordringsbilde, og nyskapende og innovative. Dette er omfattende og ambisiøse målsettinger. I rapporten skal vi se hvordan virkemidlene har vært brukt, hva som er erfaringene med innrettingen av dem og i hvilken grad de så langt i programperioden virker egnet til å nå målsettingene programmet.

3 Perspektiv og fremgangsmåte

Kapitlet presenterer først det teoretiske grunnlaget for evalueringen og prosjektdesign. Deretter redegjør vi for metode og datagrunnlag.

3.1.1 Det systematiske folkehelsearbeidet

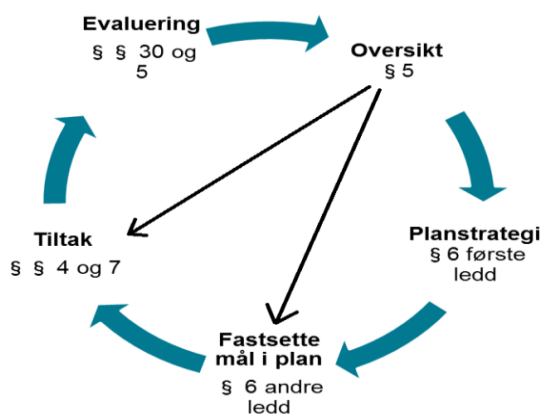
Folkehelseloven gir fylkeskommunen og kommunene en helt sentral rolle i folkehelsearbeidet. Loven pålegger *fylkeskommunen* å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene og være en pådriver for og samordne folkehelsearbeidet i fylket, for eksempel gjennom partnerskap (folkehelseloven 2011), § 4). *Kommunen* har et bredt ansvar for å fremme og beskytte befolkningens helse gjennom lokal utvikling og planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Kommunen skal legge til rette for medvirkning og samarbeid med frivillig sektor

I loven pålegges kommuner og fylkeskommuner å lage en oversikt over negative og positive påvirkningsfaktorer i kommunen/fylkeskommunen (folkehelseloven (2011), § 5). Denne kunnskapen skal så inngå som et grunnlag for prioriteringer og beslutninger i den kommunale og fylkeskommunale planstrategien, samt i løpende planlegging (folkehelseloven (2011), § 6), ligge til grunn for utvikling av tiltak, samt evaluering av kommunens folkehelsearbeid. Til sammen utgjør dette det såkalte «systematiske folkehelsearbeidet».

Folkehelse er et ansvar for kommunen som sådan, ikke kun helsetjenesten eller en bestemt sektor (Prop. 90 L 2010-2011:49). Loven forutsetter altså at alle sektorer innarbeider folkehelse på sine ansvarsområder og utformer relevante strategier, mål og tiltak. Dette gjenspeiles i det mye brukte uttrykket «helse i alt vi gjør».

Med basis i, og tilpasset plan- og bygningsloven, skal kommunene gjennomføre en systematikk i folkehelsearbeidet som i prinsippet følger kommunestyreperioden på fire år. Det systematiske folkehelsearbeidet illustreres ofte med «folkehelsehjulet» som viser delene og fasene i planprosessene:

Figur 3.1: Folkehelsehjulet (Helsedirektoratet 2020)



I Helsedirektoratets relativt nylig reviderte veileder til systematisk folkehelsearbeid presiseres det: «Figuren illustrerer at oversiktsarbeidet er integrert i folkehelsearbeidet, det skal ikke ses på som noe eget eller være løsrevet fra de andre elementene (2020, s. 5).

Planlegging etter Plan- og bygningsloven er et viktig verktøy for kommunens systematiske folkehelsearbeid. Loven har et bredt samfunnsperspektiv som inkluderer folkehelse og sosial ulikhet. Både plan- og bygningsloven og folkehelseloven gir stor handlefrihet til kommuner og fylkeskommuner når det gjelder innholdet i de faktiske tiltakene. Tanken er i begge tilfeller at en gjennom et kunnskapsgrunnlag skal ledes til å gjøre de rette prioriteringene. De senere år har man

også sett at planlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet er blitt vektlagt i stadig sterkere grad (Hofstad, 2018).

Et sentralt moment når det gjelder kommunenes folkehelsearbeid overfor barn og unge er om tjenestene er lovpålagte eller ikke. Store deler av «det klassiske» folkehelsearbeid rettet mot barn og unge er lovpålagt, slik som helsestasjon og skolehelsetjeneste. Samtidig er barn og unge en gruppe hvor mange typer forebyggende tiltak er særlig fremtredende, slik som fritids- og aktivitetstilbud, og rusforebyggende arbeid. Det gjelder dels også tiltak i skole og barnehager, for eksempel ernæringstiltak i barnehager og aktiviteter på skolens område etter skoletid. Samarbeid med frivilligheten, spesielt idretten, er en viktig del av kommunenes oppgaver. Mange av disse aktivitetene og tjenestene er ikke lovpålagte og derfor avhengig av kommunens prioriteringer og økonomiske handlingsrom.

3.2 Teoretisk tilnærming

Som analytisk innfallsvinkel for å operasjonalisere problemstillingene bruker vi en kombinasjon av programteori og implementeringsteori med vekt på å identifisere og vurdere samarbeids- og samskapingprosesser og virkningene av disse.

3.2.1 Programteori

Programteori er basert på det enkle utgangspunkt at tiltak eller intervensjoner blir vedtatt og iverksatt med en forventning om at de skal føre til (ønskede) endringer (Leeuw og Vaessen, 2009). Standardmodellen for et programs forløp kan skisseres slik:



Programteori får fram de underliggende forutsetninger et program hviler på, hvordan sammenhengen mellom innsats og resultat forstås, og hvordan planlagte aktiviteter er tenkt å føre til ønskede resultater og måloppnåelse. Gjennom bruk av teorien vil vi beskrive de ulike innsatsene (tiltak) i folkehelseprogrammet, hva innsatsen antas å påvirke og hvilket resultat og virkninger som forventes. Programteori kalles ofte *endringsteori*. Det handler om hvordan de som utvikler programmet ser for seg om at det man gjør skal føre til måloppnåelse, det vil si prosjekteiers oppfatning av hvordan og hvorfor de tiltakene som er valgt, skal gi de ønskede resultatene.

Ettersom dette er en midtveisevaluering, ser vi det som nyttig å kombinere programteori med *implementeringsteori*. Implementeringsteorien er opptatt av om og hvordan de ulike innsatsene blir iverksatt. Man kan skille mellom fem faser eller element i implementeringsprosesser (jf. Fixsen m.fl., 2005): *Program/modell* handler om programmet eller modellen som skal implementeres, i dette tilfellet Program for folkehelsearbeid. *Bestemmelsesstedet* er arenaene, aktørene eller feltet hvor programmet skal tas i bruk. I denne sammenheng dreier det seg først og fremst om kommunale aktører og tjenester, (kommunens administrative og politiske ledelse) og aktører i sivilsamfunnet. Det handler også om trekk ved kommunene, så som størrelse, geografi (sentrum-periferi), økonomi og prioriteringer. Fylkeskommunen er også som et bestemmelsessted i form av et koordinerende «mellomnivå», hvor det etableres arenaer og strukturer for samarbeid mellom aktører, blant annet samarbeidsorgan. *Formidling/uttesting* handler om hvordan programmet formidles til bestemmelsesstedet, samt hvilke aktører som har ansvaret og hvilke virkemidler som benyttes. I dette tilfellet er det nasjonale aktører (Helsedirektoratet, KS, Folkehelseinstituttet), fylkeskommunale, kommunale og eventuelt FoU- og kompetansemiljø.

Tilbakemelding handler om formelle og uformelle systemer for å få jevnlig informasjon om virkningen av implementeringsprosessen. *Omgivelsenes innvirkning* handler om å identifisere utenforliggende forhold som kan påvirke implementeringen. Det kan dreie seg om andre satsinger og styringssignaler som virker parallelt, koronasituasjonen, m.m. Her vil fylkeskommunens øvrige folkehelsearbeid kunne være av betydning, slik som allerede etablerte tilgrensende eller overlappende samarbeidsfora og prosjekter eller relasjoner til forsknings- og kompetansemiljø.

Programteori og implementeringsteori utfyller hverandre, slik at man ved å kombinere dem får et godt grunnlag for å belyse overordnede problemstillinger i evalueringen: Hvilke virkninger ser man så langt og hvilke mål nås? Hvis målene ikke ser ut til å nås, hvorfor ikke? Er det da selve programmet og dets virkemidler som ikke er tilstrekkelig gjennomtenkt, eller er det implementeringen av programmet som ikke fungerer? Innebærer implementeringen av planen at målene kan nås? Hvis ikke, skyldes det planens innhold og utforming, virkemiddelbruken eller forhold lokalt?

Man kan si at evalueringen representerer en kombinasjon av effekt- og prosessevaluering; den fremskaffer kunnskap om erfarte effekter av programmet i kommunene så langt, samtidig som vi legger vekt på å belyse sentrale prosesser som preger programmets utvikling.

3.2.2 Fra sololøp til samskaping

I folkehelsearbeidet er det bevissthet om at komplekse samfunnsutfordringer ikke løses av én enkeltaktør, på ett fagområde, eller gjennom én løsning. Folkehelsearbeid kan ikke gjennomføres godt i et sololøp, men det krever involvering og samarbeid.

Strategisk planlegging er en måte å hanskkes med komplekse og langvarige utfordringer med stor grad av usikkerhet, spesielt der mange aktører er involvert i planprosessen (Ringholm og Hofstad 2018). Helhetlig planlegging vektlegges i plan- og bygningsloven gjennom det sterke fokuset på å samordne oppgaver og koordinere interesser i et område (Aarsæther m.fl. 2018). I tillegg har kommunene de senere årene fått en viktigere rolle som samfunnsutvikler, der igjen plansystemet står sentralt i hvordan kommuner kan løse sin rolle. Folkehelse er i denne forbindelse en helt sentral faktor, både som del av utfordringsbildet og som del av løsningsbildet for en bærekraftig samfunnsutvikling. Planprosesser skal lede ut i implementering, men de er også en arena for samarbeid, akkurat slik tiltaksutvikling i folkehelsearbeidet kan være det.

Samarbeid er et ord vi bruker i hverdagslivet og som derfor oftest mangler definisjon. Når vi snakker om folkehelsearbeidets ulike målsettinger, fra medvirkning, samarbeid og samskaping kan det være verdt å sette noen skillelinjer mellom disse begrepene i kommunal sektor.

Samarbeid grenser ifølge Glavin og Erdal (2013, s.25-27) nært mot begrepet samordning. En liten forskjell kan være at samordning er mer formalisert og med mer varige relasjoner enn samarbeid. Samordning krever også gjerne mer ressurser, og dermed mer forpliktelse. Samarbeid beskrives som «samspill, kompaniskap og det å arbeide sammen» (s.27). Siden begrepene er så sammenslektet velger forfatterne å bruke definisjonen på samordning i forståelsen av et *godt utviklet* samarbeid: «en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient, slik at alle tiltak er tilpasset hverandre og ikke motvirker hverandre».

Samarbeid er som forfatterne (*Ibid.*) skriver, anerkjennelsen av at man er avhengig av andre for å løse en oppgave eller et problem. Her blir forankring og ledelse viktig for at samarbeidet leder til løsninger. Det samme gjelder at samarbeidet blir koordinert, og at de som skal løse problemet er med i samarbeidet, ellers blir det ikke nødvendigvis vilje eller evne til å gjøre det, som kan være ulempen ved top-down-tilnærminger. Der det ikke er en forpliktende samarbeidsstruktur er det vanskelig å fatte beslutninger.

Siden vi gjerne ikke definerer samarbeid, er det heller ikke klare skillelinjer til *medvirkning*. En differensiering kan gjøres henhold til følgende enkle betraktning: Medvirkning gir aktører mulighet til å gi/dele innspill, ideer og kunnskap til et arbeid, prosjekt, eller en beslutningsprosess, mens samarbeid innebærer en viss form for partnerskap og en større grad av gjensidig utveksling.

Medvirkning er et bredt perspektiv som omhandler involvering i beslutningsprosesser blant aktører som blir berørt av en beslutning, en brukertjeneste, eller som i vårt tilfelle, et tiltak. Det kan ha betydning for nytte og for hensiktsmessige resultater, og i et mer demokratisk perspektiv, for kapasitetsbygging, myndiggjøring og innflytelse, med effekter som engasjement, tilhørighet og eierskap (Hanssen 2021:65-68). Hvordan medvirkningen foregår skaper betingelser for effekten, som vil kunne være lav ved en høring og høy ved en aktiv og ressursbasert tilnærming (Hofstad og Bergsli 2017). I dette ligger også forståelsen av at ulike aktører har ulike forutsetninger for å medvirke.

Folkehelseprogrammet legger vekt på *samarbeid* både som et mål og et virkemiddel i utvikling av nye tiltak og metoder. Begrepet *samskaping* viser til nye former for kunnskapsutvikling og samarbeid mellom aktører på tvers av sektorer og mellom offentlig forvaltning og sivilsamfunnet (for enkelthets skyld skiller vi ikke her mellom samskaping og samproduksjon). Gjennom samskaping søker man gjennom likeverdig dialog, kunnskaps- og erfaringsutveksling å forstå, definere og finne nye løsninger på det som oppfattes som et felles problem, utfordring eller oppgave. Det innebærer ulike grader av innovasjon som svar på komplekse, sosiale problemer (Torfing m.fl., 2019).

3.3 Forskningsdesign

Evalueringen er bestått av tre metodiske hovedbolker: En *dokumentstudie* av alle tiltak i programmet nasjonalt, en *spørreundersøkelse* til alle kommuner i tre utvalgte fylker og *intervju* med prosjektledere og FoU/kompetansemiljø i de utvalgte fylkene, samt et fokusgruppeintervju med prosjektledere i de øvrige fylkeskommunene.

3.4 Metode og datagrunnlag

I studien benytter dokumentanalyse, spørreundersøkelse og kvalitative forskningsintervjuer som grunnlag for det metodiske opplegget. Datamaterialet er samlet i perioden april 2021 til januar 2022.

I evalueringsarbeidet har vi benyttet flere dokumenttyper til analysen:

- Overordnede dokumenter på nasjonalt og regionalt nivå, som beskriver programmet.
- Fylkeskommunenes årsrapporteringer til Helsedirektoratet. Dokumentstudien ble gjennomført vår/sommer 2021 og er basert på årsrapporteringene for 2020. På grunn av forskyvninger i prosjektet, ble intervjuene gjennomført tidlig i 2021, før årsrapportene for 2021 forelå. Det innebærer at det årsrapportene vi har brukt ikke nødvendigvis samsvarer helt med erfaringer på intervjutidspunktet.
- Bakgrunnsdokumenter oversendt fra intervjupersoner

3.4.1.1 Dokumentstudie

Dokumentstudien gir en oversikt over hva som kjennetegner tiltakene i Program for folkehelsearbeid i kommunene, gjennom en systematisk kartlegging og klassifisering av kjennetegn ved alle tiltak. Vi har valgt å konsentrere oss om hovedtrender og samtidig forsøkt å få frem noe av den variasjonen og sammensattheten som også er en del av oversiktsbildet. Ut fra de

ressursmessige rammene for evalueringen, har vi også sett etter variasjon mellom fylker langs enkelte akser.

Dokumentstudien omfatter alle tiltak i programmet ultimo april 2021; totalt 142 tiltak. Formålet er å gi en samlet oversikt over karakteristika ved tiltakene og hvilke tematiske fokus, arbeidsmåter og kunnskapsgrunnlag som vektlegges i tiltakene. Denne oversikten er valgt ut med følgende kjennetegn:

Boks 3.1: Undersøkelsestema i dokumentstudien

- Målgruppe for tiltak
- Arena
- I hvilken grad tiltaket er rettet direkte mot barn og unge og/eller styrking av tjenesteapparatet eller andre aktører
- Hvilke påvirkningsfaktorer tiltakene retter seg mot
- Om tiltakene er universelle/selektive
- Forankring i kommuneorganisasjonen (sektor og nivå)
- Hvilke aktører er involvert eller får medvirke i tiltaksutformingen (formelt samarbeid innad i kommunen, formelle samarbeidspartnere og involverte aktører utenfor kommunen, involvering av FoU- og kompetansemiljø)
- Evalueringsform (metode og hvem gjennomfører)
- Målgruppe for medvirkning og i hvilken fase medvirkning er gjennomført

Analysen er foretatt gjennom koding i disse hovedkategorier med underkategorier etter induktiv tilnærming i analyseprogrammet NVIVO.

Resultatene fra dokumentstudien danner grunnlag for valg av casefylker, for utarbeiding av spørreskjema til spørreundersøkelsen og intervjuguider til de kvalitative intervjuene av aktører på fylkesnivå, kommunenivå og i FoU-miljø som er involvert i programmet. Som nevnt, er studien utarbeidet som et arbeidsnotat og vedlagt rapporten.

3.4.2 Utvalg case-fylker

I samråd med styringsgruppa ble det valgt ut tre fylker som case i undersøkelsen. I utvelgelsen tok vi først en rask gjennomgang av trekk ved satsingen i alle fylkene. Ved siden av den gjennomførte dokumentanalysen, så vi nærmere på fylkeskommunenes årsrapporteringer til Helsedirektoratet og hentet informasjon fra fylkeskommunenes hjemmesider. På bakgrunn av dette vurderte vi nærmere enkelte fylker med tanke på å få til en best mulig spredning på kriteriene. Med et utvalg på tre fylker er det ikke mulig å dekke all relevant variasjon, men ved å velge de tre fylkene Trøndelag, Innlandet og Rogaland mener vi å ha fått til en god spredning geografisk, og en meget god spredning i forutsetninger for og utforming av programarbeidet på fylkesnivå, samt profil på tiltakene i fylket. Inkludert om fylkene er sammenslåtte eller ikke og når de ble tatt opp i programmet. Et hensyn har også vært i hvilken grad fylkene tidligere har lagt ned ressurser og drevet utviklingsarbeid i det systematiske folkehelsearbeidet.

3.4.3 Spørreundersøkelse

I gjennomføring av spørreundersøkelsen la vi stor vekt på forarbeid og oppfølging, som viste seg å være en god investering for å få høyest mulig svarprosent. Spørreundersøkelsen ble designet og gjennomført av prosjektteamet, med innspill fra prosjektets referansegruppe. Skjemaet ble testet ut på tre piloter.

Det ble opprettet kontakt med fylkeskommunene i forkant. Prosjektlederne var svært hjelpsomme og sendte ut informasjon til alle kommunene ved folkehelsekontakter/koordinatorer med eget informasjonsskriv om undersøkelsen. Dette viste seg å også ha en praktisk nytte: Denne runden

resulterte i at fylkene mottok feilmeldinger og fikk rettet opp adresser. Det varierte hvor oversiktlig listene fra fylkene var, vi ringte flere kommuner for å finne riktig person og sendte E-post til andre.

Vi så det som viktig hensyn at skjemaet skulle stiles direkte til folkehelseansvarlig i kommunen, og ikke til postmottak. Dette medførte ekstra-arbeid for oss, men ga større sjanse for at mottaker ville respondere og gjorde også purringen mer «personlig» og virkningsfull. Kommunene får mange henvendelser, vil la vekt på at skjemaet skulle nå rett person og ikke forsvinne i «systemet». Vi mener fremgangsmåten har hatt stor betydning for at surveyen fikk en høy svarprosent (se under).

Gjennomføring og kvalitet

Gitt omfanget på oppdraget, endte vi opp med en relativt omfattende web-basert spørreundersøkelse som både inkluderer generelle spørsmålsbatterier om folkehelseutfordringer og kommunenes folkehelsearbeid samt spesifikke spørsmål til kommuner med (enten som prosjektleder eller som deltaker i andre kommuners prosjekter) og uten folkehelseprosjekter knyttet til programmet. Spørreundersøkelsen ble gjennomført mellom november 2021 og januar 2022 og rettet seg mot i alt 106 kommuner i de fire fylkene. Størrelsen på spørreundersøkelsen tatt i betraktning, kombinert med at gjennomføringen av undersøkelsen sammenfalt med omikronutbruddet, gjorde at vi allerede før iverksetting var beredt på at det kunne bli utfordrende å oppnå en god svarprosent. Vi valgte derfor en strategi med relativt hyppige påminnelser, seks (sjekk) totalt, og fikk til slutt inn svar fra 68 kommuner, som gir en samlet responsrate på rundt 64 prosent.⁶ Svarprosenten fordeler seg mellom fylkene som vist i tabell 3.1 nedenfor.

Tabell 3.1: Svarprosent

	Utsendte invitasjoner	Innkommne svar	Svarprosent
Hedmark	22	11	50
Oppland	24	15	63,5
Rogaland	23	16	69,5
Trøndelag	38	26	68,4
Totalt	107	68	63,5

Responsraten på omtrent 64 prosent vil vi karakterisere som en høy svarprosent, særlig tatt i betraktning størrelsen på spørreskjemaet, men også tidspunktet for iverksetting av undersøkelsen, som langt på vei sammenfalt med omikron-bølgen av den pågående korona-pandemien og det presset denne medførte på det kommunale tjenesteapparatet. Selv om vi ved å oppnå såpass høy responsrate har et godt grunnlag for å belyse ulike aspekter ved folkehelsearbeidet i kommunene som inngår i utvalget, er det viktig å understreke at dette likevel er en undersøkelse med en relativt lav N samtidig som antallet observasjoner vil variere på tvers av de ulike spørsmålene som ble stilt i spørreundersøkelsen. Ettersom vi rettet undersøkelsen både mot kommuner som deltar i Program for folkehelsearbeid gjennom å være prosjektleder for, eller deltaker i folkehelseprosjekter, og kommuner som ikke er involvert i konkrete prosjekter eller tiltak innunder programmet, ble kommunene som mottok spørreskjemaet stilt noe ulike spørsmål. Når antallet observasjoner varierer på tvers av de ulike spørsmålene har dette derfor først og fremst de ulike filtrene vi benyttet i spørreskjemaet. Annet internt frafall, eksempelvis ved at respondentene faller fra grunnet lengden på spørreskjemaet, synes imidlertid ikke å være et stort problem i materialet og styrker derfor inntrykket av at vi har oppnådd god dekning på tvers av kommunene i de tre casefylkene. Ettersom datasettet likevel består av et relativt begrenset antall observasjoner har vi valgt å begrense oss til å gjøre deskriptive analyser av materialet.

⁶ Samlet fikk vi inn 83 svar, men 15 av disse respondentene hadde kun åpnet opp lenken til spørreundersøkelsen eller besvart de innledende spørsmålene som gir informasjon på bakgrunnsvariabler (utdanningsbakgrunn, stillingsnivå) men ikke klikket seg videre. Disse ble derfor fjernet fra datasettet.

3.4.3.1 *Bakgrunns-kjennetegn ved respondenter*

Blant de 68 respondentene som svarte på undersøkelsen er gjennomsnittet for hvor lenge en respondent har jobbet i stillingen 4,6 år. Respondentene er fortrinnsvis prosjektledere for tiltak eller folkehelsekoordinatører, hvorav 21 er folkehelsekoordinatører (i ulike stillingsprosenter), åtte benevner seg kun som prosjektledere, mens 13 innehar lederstillinger innen oppvekst, omsorg, og rådmannens stab. I tillegg er det et bredt spekter av helsefagarbeidere og rådgivere.

Utdanningsbakgrunnen til respondentene er overveiende mer enn fireårig høyere utdanning, hvorav nesten 20 respondenter har samfunnsvitenskapelig eller tverrfaglig høyere universitetsutdanning. Fire respondenter har folkehelsemaster og en har bachelorgrad. Ellers er det som nevnt over en stor spennvidde i helsevitenskapelig og helsefaglig bakgrunn eller bakgrunn i pedagogikk blant respondentene.

3.4.4 **Intervju**

3.4.4.1 *Utvalg intervjupersoner*

Vi har intervjuet fire prosjektledere for programmet i tre fylker: Rogaland, Trøndelag og Innlandet, der sistnevnte har to programmer etter fylkessammenslåing. Vi har derfor intervjuet prosjektleder i både Oppland og Hedmark. I Trøndelag stilte to rådgivere som begge hadde hatt prosjektlederansvar.

Vi har gjennomført ett intervju med representanter for FoU- og kompetansemiljø i hvert fylke, etter samråd med fylkesprosjektledere om hvilket miljø som er mest relevant. I Trøndelag stilte forskerrepresentanter fra to ulike FoU-miljøer involvert i programmet. I Rogaland representerer intervjupersonen både FoU- og kompetansemiljø. Kompetansemiljøene er for øvrig ikke representert i informantutvalget. Intervjuene ble gjennomført mellom desember 2021 og februar 2022.

De øvrige åtte fylkesprosjektledere ble invitert til et fokusgruppeintervju høsten 2021. Her kom det sykdomsforfall fra to fylker, og fokusgruppeintervjuet ble derfor gjennomført med representanter fra seks fylkeskommuner.

3.4.4.2 *Gjennomføring intervju*

Intervjuene har form av kvalitative, semistrukturerte intervjuer, som har foregått digitalt og som har hatt en varighet på 1-2 timer. Intervjupersonene fikk tilsendt intervjuguide i forkant. Disse sju intervjuene og et fokusgruppeintervju med engasjerte og kunnskapsrike intervjupersoner ga et fylldig datagrunnlag. En stor del av dette datamaterialet har form som nødvendig og utfyllende bakgrunnsinformasjon for programmets innretning og virkemåte. Det ga også verdifull informasjon om organisering og erfaringer i fylkene. Disse transkripsjonene ble sendt intervjupersonene for godkjenning og eventuelle rettelser eller utdypinger, noe som førte til gode presiseringer og nyttig tilleggsinformasjon

Av tids- og ressurs hensyn inviterte vi prosjektlederne i de øvrige fylkeskommunene til et digitalt fokusgruppeintervju. Dette ga fruktbar dynamikk. Intervjupersonene kjenner hverandre fra programarbeidet og kunne gå ganske direkte til tema de mener er viktige. Fokusgruppa ga en utvidet kontekst for de individuelle intervjuene og det ble tydeligere hva som er særegne og hva som er felles erfaringer og hvordan de ulike fylkene representerer ulike kontekster for utforming og gjennomføring.

Intervjuene har blitt tatt opp som lydspor, men av ressursmessige årsaker har vi simultantranskribert og brukt lydsporene som sikkerhet. Alle intervjuer ble kodet i analyseprogrammet Nvivo. Alle informanter er anonymiserte. Studien er meldt inn til Norsk senter for forskningsdata AA (NSD).

4 Programarbeid på fylkesnivå – rammebetingelser for kommunenes tiltaksarbeid

Både fylkeskommunene og kommunene er programmets «bestemmelsessteder». Tiltakene utformes og iverksettes i og av kommunene, mens det er fylkeskommunen som søker om at fylket skal bli et bestemmelsessted ved å tas opp i programmet. Fylkeskommunene er gitt en sentral rolle. De er bindeleddet mellom Helsedirektoratet og tiltakene og samordner programmet regionalt. Fylkeskommunenes innretting av programarbeidet gir viktige føringer for tiltaksutviklingen i de enkelte kommunene og en ramme for hvordan programeiernes virkemidler tas imot og treffer kommuner og tiltak. Ut fra programmets målsettinger, har de hatt relativt stort armslag i hvordan de har valgt å organisere og gjennomføre programarbeidet. Det gjelder også profil på tiltakene.

Hvilke føringer er gitt fylkeskommunene og hvordan har fylkene innrettet og utviklet programarbeidet ut fra disse? Vi gir først et innblikk i de nasjonale føringene, før vi tar for oss erfaringer fra implementeringsarbeidet med fokus på to tema: Fylkeskommunens rolle som et koordinerende mellomledd mellom programeiere og kommuner/tiltak og innretting av samarbeid med FoU-miljø. I dette vil vi ha et blikk på arbeidet overfor kommuner med og uten tiltak.

I midtveisevalueringen er vi ikke ute etter å vurdere de enkelte fylkenes innsats og vi har heller ikke grunnlag for å vurdere hvor hensiktsmessig fylkenes innretting av arbeidet er. Siktemålet er å identifisere noen betingelser og erfaringer på fylkesnivå som er, og vil være, vesentlige også i den videre programutviklingen.

Kapitlet belyser i noen grad faktorer knyttet til problemstilling 1: Hva karakteriserer tiltakene og tiltaksutviklingen i kommunene i folkehelseprogrammet? Samt andre del av problemstilling 2, som tar for seg kommuner med og uten tiltak: I hvilken grad ser man variasjon mellom kommuner som har mottatt tilskuddsmidler og kommuner som ikke har mottatt tilskuddsmidler? I særlig grad belyses første del av problemstilling 3: Hvilke former for forsknings- og utviklingsamarbeid er utviklet mellom *kommuner, fylkeskommuner og FoU- og kompetansmiljø* i programmet? Hvordan erfarer de ulike aktørgruppene egen og andres rolle i samarbeidet, og hvordan vurderer de betingelser for fremtidig samarbeid og en sterkere fundert, kunnskapsbasert tiltaksutvikling i kommunene?

Funksjon og virkemåte til samarbeidsorganene, som er en sentral struktur i programmet, berører vi bare i begrenset grad her. Organenes rolle er grundig belyst i følgeevalueringen av programmet (Melby og Grut, 2020), som viser at de i stor grad fungerer etter intensjonene, med noe forbedringspotensial.

De fire casefylkene, hvor vi har mest data, utgjør hovedstammen av fremstillingen, kombinert med materiale fra de øvrige fylkene gjennom fokusgruppeintervjuet. Vi bruker fylkesvise dokumenter, først og fremst rapporteringer fra fylkeskommunene på tiltaksutviklingen og fylkeskommunenes hjemmesider, samt noe data fra dokumentstudien.

Kapitlet danner en bakgrunn for neste kapittel, som er rapportens empiriske hovedkapittel, der vi tar for oss tiltaksutviklingen i kommunene.

Vi starter med en kort presentasjon av de konkrete føringene som er gitt for programarbeidet i fylkene. Her baserer vi oss på programplanen, presentasjon av programmet på Helsedirektoratets nettsider og regelverket for programmet.

4.1.1 Fylkeskommunenes rolle - felles føringer og retningslinjer

Tidligere har vi vist til de overordnede målsettingene og målgruppene for programmet. Her trekker vi frem de viktigste bestemmelsene som gjelder fylkeskommunens rolle gitt i *Regelverket for tilskuddsordningen*. Her heter det at «fylkeskommunen står økonomisk og administrativt ansvarlig overfor Helsedirektoratet». Det innebærer at fylkeskommunen rapporterer samlet for sine kommuner til Helsedirektoratet.

Når det gjelder søknadsprosessen om å bli programfylke, gjelder blant annet dette:

- Fylkeskommuner kan søke om tilskudd enkeltvis eller sammen.
- Fylkeskommunens søknad skal behandles i fylkestinget før den oversendes Helsedirektoratet.

Vi vil føye til at ingen av nåværende fylkeskommuner har benyttet muligheten til å søke sammen, men et par av de sammenslåtte fylkene har søkt som ett fylke. Det er et viktig moment at søknaden skal sikres politisk behandling og forankring før den sendes Helsedirektoratet. Videre skisseres strukturen med etablering av samarbeidsorgan og organets rolle:

Det forutsettes at fylkeskommunen etablerer et *samarbeidsorgan* for programarbeidet. Samarbeidsorganet har en *rådgivende rolle*, først og fremst i søknadsprosessen og tildeling av midler til kommuner og tiltak. Valg av kommuner og tiltak skal skje «gjennom åpne søknadsprosesser etter kriterier fastsatt av fylkeskommunene og basert på råd fra Samarbeidsorganet». Mens det endelig utvalg av kommuner og tildeling av midler skal gjøres ut fra råd fra samarbeidsorganet (våre uthevinger).

Når det gjelder fylkeskommunens rolle overfor kommuner som får tildelt midler, presiseres det at samarbeidet skal formaliseres ved at det inngås *samarbeidsavtaler med kommuner* som skal inngå i programmet.

Med hensyn på søknad og tildeling av midler, angis det en tidsperiode på tre til fem år som det kan søkes for, med forbehold om videreføring i statsbudsjettet. Fra 2019 ble dette endret til mulighet for en lenger periode: «Fylkeskommunene tildeles et årlig beløp i seks år, med forbehold om Stortingets bevilgninger.⁷

En svært viktig presisering er at tilskuddet til fylkeskommunene *ikke* gis til:

- Lønn og administrasjon hos fylkeskommunene.
- Bevilgningen skal ikke gå til å finansiere eksisterende tilbud eller stillinger for målgruppen.

Dette innebærer at alle tilskuddsmidlene ikke skal brukes til prosjektledelse og koordinering i fylkeskommunen, men gå til nyskapende og innovativ tiltaksutviklingen i kommunene.

4.1.2 Fylkesvis oversikt – opptak i programmet

Tabellen nedenfor viser programmets finansielle størrelse og gir en oversikt over utviklingen over tid. Den illustrerer hvordan dette er et stort og omfattende program, både hva gjelder midler og ambisjonen om å dekke alle fylker.

⁷ Først publisert: «fra nettside 16.10.2018 Sist faglig oppdatert: 12.04.2019».

Tabell 4.1: Fylkesvis oversikt: År fylkene ble tatt opp i programmet og årlig tildeling av tilskuddsmidler

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6
Fylke	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Agder	14,000	14,000	10,500	8,500	8,500	8,500
Vestfold	7,000	7,000	5,250	4,000	4,000	4,000
Oppland	5,000	5,000	3,750	3,250	3,250	3,250
Østfold	7,000	7,000	5,250	4,000	4,000	4,000
Oslo	9,100	9,100	6,825	6,000	6,000	6,000
Finnmark		5,000	5,000	4,000	4,000	4,000
Telemark		5,000	5,000	4,000	4,000	4,000
Trøndelag		6,400	6,400	5,250	5,250	5,250
Hordaland		6,000	6,000	5,000	5,000	5,000
Akershus		6,000	6,000	5,000	5,000	5,000
Sogn og Fjordane			2,430	4,000	4,000	4,000
Troms			2,430	4,000	4,000	4,000
Hedmark			2,430	4,000	4,000	4,000
Nordland			2,430	4,000	4,000	4,000
Møre og Romsdal			2,430	4,000	4,000	4,000
Buskerud			2,430	4,000	4,000	4,000
Rogaland			2,430	4,000	4,000	4,000
Svalbard						
SUM	42,100	70,500	76,985	77,000	77,000	77,000

Tabell 4.2: Fylkesvis oversikt: År fylkene ble tatt opp i programmet og årlig tildeling av tilskuddsmidler

	År 1	År 2	År 3	År 4	År 5	År 6
Fylke	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Agder	14,000	14,000	10,500	8,500	8,500	8,500
Vestfold	7,000	7,000	5,250	4,000	4,000	4,000
Oppland	5,000	5,000	3,750	3,250	3,250	3,250
Østfold	7,000	7,000	5,250	4,000	4,000	4,000
Oslo	9,100	9,100	6,825	6,000	6,000	6,000
Finnmark		5,000	5,000	4,000	4,000	4,000
Telemark		5,000	5,000	4,000	4,000	4,000
Trøndelag		6,400	6,400	5,250	5,250	5,250
Hordaland		6,000	6,000	5,000	5,000	5,000
Akershus		6,000	6,000	5,000	5,000	5,000
Sogn og Fjordane			2,430	4,000	4,000	4,000
Troms			2,430	4,000	4,000	4,000
Hedmark			2,430	4,000	4,000	4,000
Nordland			2,430	4,000	4,000	4,000
Møre og Romsdal			2,430	4,000	4,000	4,000
Buskerud			2,430	4,000	4,000	4,000
Rogaland			2,430	4,000	4,000	4,000
Svalbard						
SUM	42,100	70,500	76,985	77,000	77,000	77,000

Som vi ser, ble fem fylker tatt opp i programmet i 2017, fem i 2018 og de resterende sju i 2019. Bare to fylkeskommuner søkte opptak i programmet ut fra ny fylkesstruktur; Agder og Trøndelag. Tidligere Aust-Agder og Vest-Agder søkte sammen som Agder i 2017. Trøndelag var allerede sammenslått da de kom med i 2018.⁸

Tildelingene fra Helsedirektoratet har gått til den nye fylkeskommunen. Blant øvrige fylker som senere ble slått sammen, varierer det imidlertid om, og i hvilken grad, de har beholdt den tidligere fylkesinndelingen i gjennomføringen av, og rapporteringen fra, programarbeidet.

Under halvparten av fylkeskommunene som søkte i 2017, fikk innvilget søknaden. Helsedirektoratet mottok 13 søknader med en samlet søknadssum på ca. 110 millioner kroner, mens det var 42,1 millioner kroner til fordeling. Dette ga en sterk konkurranse fylkeskommunene imellom. Blant case-fylkene fikk Trøndelag, Rogaland og Hedmark avslag i denne første omgangen, Rogaland og Hedmark også i 2018. De og de resterende fylkene ble innlemmet i programmet i 2019.

Vi har ikke gått nærmere inn på denne delen av historikken og kjenner bare til begrunnelsene for avslagene i case-fylkene. Vi har heller ikke prøvd å spore hvorfor ikke alle fylkene søkte ved første gangs utlysning og ikke alle de gjenstående ved andre gangs utlysning. Men vi kan nevne at i Trøndelag var avslaget knyttet til at søknaden var for lite konkret. For Rogaland var begrunnelsen at søknaden ikke var godt nok forankret i ledelsen, noe fylkeskommunen nå for så vidt sier seg enig i. Begge ganger ble det klaget på avslaget via Rogalandsbenken i Stortinget, knyttet til at programmet ikke inneholdt midler til fylkeskommunens oppgave med å koordinere programmet. Når det gjelder Hedmark, mener fylkeskommunen at de hadde nesten like søknader de tre årene, og at de ikke fikk et godt svar på hvorfor de ikke nådde opp de to første årene. I avslaget fra 2018 het det at fylkeskommunen «(...) bør komme noe lenger i arbeidet med samarbeidsorganet før dere innvilges tilskudd» (årsrapport). Fylket gjorde imidlertid ingen endringer i samarbeidsorganet for søknaden i 2019. Etter hvert fikk de beskjed om at alle fylkene skulle likebehandles og de resterende ble tatt opp.

Ved oppstart av programmet var det beregnet et høyere årlig beløp fra Helsedepartementet enn det som ble bevilget senere. Direktoratet justerte derfor tilsagnet om midler til de fylkene som er tatt inn i ordningen i 2017 og 2018. Dette gjorde det vanskelig for fylkeskommuner som allerede hadde lagt et langt løp. En prosjektleder sier: «(Vi) planla opprinnelig for 5 år, så kom det beskjeder etter hvert fra Helsedirektoratet om at det var reduserte midler til programmet, men ikke hvor mye, det har vært usikkerhet, og det følger Statsbudsjettet, men ingen kunne si helt hvor mye det var og det skapte frustrasjon.»

Vi ser vi at de høyeste tildelingene har blitt gitt til flere av dem som ble tatt opp i første pulje. Mens tredje pulje har et vesentlig lavere tilskudd i oppstartsåret, og til dels lavere også i andre og tredje år. Samtidig, om man går ut fra den nye fylkesinndelingen, vil vi se at de høyeste tildelingene har gått til de nye, sammenslåtte fylkene. Agder peker seg ut med et vesentlig høyere beløp gjennom alle tilskuddsårene.

Vi skal nå se nærmere noen hovedområder for hvordan fylkeskommunene har utformet programmet i sine fylker og på fylkeskommunenes rolle som mellomledd mellom ulike nivå og aktørgrupper.

⁸ Regionreformen ble vedtatt av Stortinget i juni 2017, men fylkestingene i Nord- og Sør-Trøndelag vedtok allerede i april 2016 å søke om å slå de to fylkene sammen til ett fylke. Trøndelag fylke ble etablert 1. januar 2018. Fra 1. januar 2020 ble seks nye fylker opprettet: Viken (tidligere Buskerud, Akershus og Østfold), Innlandet (tidligere Oppland og Hedmark), Vestfold og Telemark (tidligere Vestfold og Telemark), Agder (tidligere Vest- og Aust-Agder), Vestland (tidligere Soqn og Fjordane og Hordaland) og Troms og Finnmark (tidligere Troms og Finnmark). <https://no.wikipedia.org/wiki/Tr%C3%B8ndelag> (lesedato 17.02.22).

4.2 Variasjon i programorganisering og utforming

Vi gir først en oversikt over fylkets innretning av programarbeidet i de fire casefylkene som illustrerer både fellestrekk og variasjon fylkene imellom. Deretter trekker vi frem og diskuterer noen faktorer på fylkesnivå som peker seg ut som særlig vesentlige betingelser for tiltaksutviklingen i kommunene. Det inkluderer prosjektledernes opplevelse av støtte fra programeierne og betydningen av dette for fylkeskommunens utøvelse av sin rolle i programmet.

Tabellen nedenfor viser at casefylkene til dels representerer ulike modeller for profil av programarbeidet, det gjelder når de har startet opp og hvor langt de har kommet i programperioden, eventuelle føringer som er gitt for tiltakenes profil, hvor stor andel av kommunene som har tiltak, hvilken andel det er lagt opp til at kommunene selv skal finansiere av tiltakene, og modeller for finansiering av FoU-samarbeidet:

Tabell 4.3: Oversikt organisering og innretting programarbeid casefylker, medio mars 2022

	Innlandet			
	Trøndelag	Rogaland	Oppland	Hedmark
Tatt opp i programmet	2018	2019	2017	2019
Puljer kommuner	Opptak over 5 år	Opptak over 2 år	Opptak over 2 år	Opptak over 2 år
Fokus/evt. føringer tiltak	Ikke særskilte føringer	3 store tiltak – ulike områder	Barnehage, skole, nærmiljø	Ikke særskilte føringer
Kommuner m /tiltak	30 (av 38)	8 (av 23)	13 (av 24)	10 (av 22)
Kommuner u/tiltak	8 (hvorav 4 er tatt inn i programmet og i ferd med å lage tiltaksplan)	15	11	12
Egenandel kommune i tiltak	Minimum 50%	20%	50-70%	25-50%
Evaluering egen/og eller ekstern	Kombinasjon egen- og ekstern	Kombinasjon egen- og ekstern	Kombinasjon egen- og ekstern	Egenevaluering
Finansiering FoU	<ul style="list-style-type: none"> - FK finansierer bidrag FoU - Kommunene avsetter et minimumsbeløp – går inn i felles FoU-pott - FoU- miljø bidrar med noe egne midler 	<ul style="list-style-type: none"> - FK finansierer bidrag FoU 	<ul style="list-style-type: none"> - FK finansierer bidrag FoU - FoU/høgskole bidrar med noe egne midler 	<ul style="list-style-type: none"> - FK finansierer bidrag FoU - Et par kommuner har brukt av egne tiltaksmidler til eksterne

I forrige avsnitt ble vi kjent med bakgrunnen for at fylkene er tatt opp på ulikt tidspunkt. I Trøndelag startet man likevel opp programarbeidet i 2017 og tok opp fem kommuner. Her er antakelig et viktig moment at folkehelsearbeidet i fylket allerede var innrettet etter den såkalte Trøndelagsmodellen som har stort sammenfall med programmets fokus på det systematiske folkehelsearbeidet. Trøndelag har hatt fortløpende opptak av kommuner gjennom programperioden. I fylkene med opptak over to år, har hoveddelen blitt innlemmet det første året.

Oversikten viser variasjon fylkene imellom om man har mange tiltak, eller noen få store, og hvor stor andel av kommunene som enten leder, eller er med i tiltak sammen med en eller flere andre kommuner. Vi kan føye til at alle fylkene er det ett eller flere tiltak som er innrettet som samarbeidsprosjekt mellom flere kommuner.

I *Trøndelag* er det politisk bestemt at alle kommunene skal med i programmet. 30 kommuner har tiltak, fire er ikke med i programmet og fire er tatt opp i programmet og er i ferd med å lage selve tiltaksplanen. Dette henger sammen med at Trøndelag har organisert opptak som en relativt åpen og tidsmessig mer omfattende prosess fra idé til ferdig tiltaksplan. Det har ikke vært gitt særskilte, tematiske føringer utover de felles føringene i programmet. Alle kommuner som har søkt, har fått innvilget søknaden.

I *Rogaland* betegnes den samlede tilskuddsordningen til kommunene som «Mulighetsrommet». Man har valgt å prioritere få, store tiltak hvorav to er samarbeid mellom to eller flere kommuner. Fylket har tre tiltak som til sammen omfatter 8 kommuner. Det vil si at nær to tredjedeler, i alt 15 av fylkets 23 kommuner, ikke har tiltak. Så langt vi kan se, har det i søknadsprosessen ikke gitt sterke tematiske føringer, utover programmets overordnede formuleringer. De tre tiltakene har likevel et felles fokus ved at de er rettet inn mot foresatte og ansatte, med fokus på relasjonskompetanse og samarbeidsrelasjoner, hvorav ett er en videreutvikling av arbeidsmåter i BIT-modellen.⁹

Da *Oppland* lyste ut midler, la man føringer for at tiltakene skulle være rettet inn mot arenaene *barnehage, skole og nærmiljø*. Man ønsket også å koble Program for folkehelsearbeid til det nye tematiske satsingsområdet "folkehelse og livsmestring" i skolen, som del av fornyelse av kunnskapsløftet. Mange kommuner viste interesse og søkte, av disse ble om lag halvparten innvilget. To av tiltakene har form av et samarbeid mellom en kommune og fylkeskommunen og er rettet inn mot videregående skole. Ett tiltak er et samarbeid mellom tre kommuner, de øvrige drives av enkeltkommuner. Av fylkets 24 kommuner har litt under halvparten (11) av Opplands kommuner ikke tiltak.

I *Hedmark* er 10 kommuner med i programmet, ett av tiltakene er et samarbeidsprosjekt mellom to kommuner. Det vil si at litt over halvparten (12) av det tidligere Hedmark fylkets 22 kommuner ikke har tiltak i programmet. Utover føringene angitt i programmet som helhet, var utlysningen av tiltaksmidler åpen. Alle kommuner som søkte, fikk tilskudd.

Samlet er det relativt stor variasjon mellom fylkene i hvilken grad det er gitt føringer for tiltakene, og om alle kommuner som søkte, fikk innvilget søknaden eller ikke, og hvor stor andel av fylkets kommuner som er direkte involvert i programmet gjennom tiltak. Vi har ikke undersøkt nærmere begrunnelser for avslag, men det er interessant som moment når det gjelder søknadsprosessene, hvordan disse er lagt opp, og i hvilken grad kommunene fikk hjelp til å forme søknaden før den ble sendt.

4.2.1.1 *Søknadsprosess – ulike innganger til programmet for kommunene*

Som føringene fra Helsedirektoratet tilsier, har samarbeidsorganet i fylkene hatt en sentral rolle i kriterier og vurderinger av søknader fra kommunene. Søknadsprosessen har ellers hatt noe ulik form. Alle fylkene har lagt opp til en totrinnsprosess overfor kommunene. Det varierer hvor mye støtte de har gitt til utvikling av søknaden og i hvilken grad FoU- og kompetansemiljøene har vært inne i denne fasen. I de fleste tilfelle har det vært arrangert dialog/søkerkonferanser hvor FoU-miljøene er representert. I flere fylker har søknadsprosessen blitt delvis samordnet med eksisterende tilskuddsordninger, noe som forenklet prosessen, spesielt der hvor det var svært knappe tidsfrister fra Helsedirektoratet. En prosjektleder forteller at: «Kommunene var enige om at vi kunne tilpasse til programmet (...) vi kunne omformulere litt og tilpasse kriteriene». I fylker som ble tatt opp i første pulje med knappe tidsfrister, gikk det utover forankring i denne fasen; man rakk å ha en samling med kommunene for å legge kriterier for søknadene og prosessen, men ikke å gå en runde med hjelp til selve utformingen.

Samlet sett ser vi en ulik vektlegging av hvor åpne idéer eller søknader kommunene har kunnet ha og i hvilken grad det var lagt opp til at selve søknadsprosessen skulle ha preg av en læringsprosess. Der det har vært et mål å få med flest mulig kommuner, er det også lagt opp til at søknadsprosessen har tatt mer tid; kommunene har kunnet komme med en idé og så fått hjelp til å konkretisere den. Her erfarer en prosjektleder at «det er ganske stor forskjell på hvor gode folk

⁹ Ett tar for seg implementering av Circle of Security Parenting (COSP), som er et foreldrekurs til alle førstegangsførelde. I et annet etableres et tverrfaglig lag på alle barne- og ungdomsskoler i kommunen for å fremme systematikk og tverrfaglig samhandling rundt elevene. Et tredje dreier seg om implementering av det nasjonale samhandlingsredskapet for innsats overfor barn og unge BTI (bedre tverrfaglig innsats).

er til å skrive hva de vil gjøre (...) en søknad kan være klønete (...) men det er lov å skrive en dårlig søknad. Da kan vi gå i dialog, da ta de disse stegene (...) Så vår rolleforståelse for folkehelsearbeid har blitt bedre (...) vi lært at det ikke er bare å dure på». Det fremheves at det kan være mye læring i disse prosessene: «Halve poenget er å lære å jobbe systematisk og langsiktig.» Det er også forskjeller når det gjelder i hvilken grad søknadene ble silt og i hvilken grad FoU- og kompetansemiljøene har vært inne og bidratt i selve evalueringsdesignet for tiltakene. Også andre prosjektledere erfarer at fremgangsmåten der man har kunnet ta seg tid til en totrinnsprosess er «(...) besparende og ga god forankring fra første stund».

Når vi i neste kapittel kommer til resultatene fra spørreundersøkelsen til kommunene, ser vi at samarbeid med fylkeskommunen oppgis som det viktigste eksterne samarbeidet i søkeprosessen og det momentet ved søknadsprosessen flest av tiltakskommunene er mest fornøyd med (Se kapittel 5.4.1).

I flere av fylkene var det ikke alle kommuner som deltok i tidlig fase av etablerings- og søknadsprosessene som senere fikk innvilget sin søknad. Prosessene har uansett virket til å gi kunnskap om programmet til flere enn tiltakskommunene. Samtidig vet vi ikke hvordan dette har virket inn på kommunenes senere involvering i programmet. Vi spør oss om det har gitt dem et grunnlag og en interesse for eksempel for å delta på felles samlinger videre i programmet (hvor alle kommuner har blitt invitert inn), eller om det kan ha ført til en skuffelse hvor de tvert imot ikke involverer seg?

4.2.2 Samarbeidsorgan - en nyttig struktur

Sammensetningen av samarbeidsorganene har for en stor del tatt utgangspunkt i, og/eller er overlappende med allerede etablerte strukturer for folkehelsearbeid i fylkene. I flere av casefylkene er samarbeidsorganet bredt sammensatt, med om lag 20 instanser eller flere representert, mens i Oppland har organet færre medlemmer og en mer faglig profil. I fylker med bred sammensetning, har man etablert egne arbeidsgrupper – med en mer faglig profil - for å ha en aktiv rolle i prosessen med utlysning av tilskuddsmidler og vurdering av søknader fra kommunene.

Når det gjelder sammensetning, varierer det om fylkespolitikere er representert, hvor stor andel av fylkets kommuner som er med, om frivillige organisasjoner er medlemmer og i tilfelle hvor mange og hvilke typer (psykisk helse og/eller friluftsliv). Det er også ulikt hvor mange FoU- og kompetansemiljø som er representert. Det varierer om politi, NAV, næringslivsorganisasjoner og sykehus er deltakere. For et fylke som startet opp i den første puljen av programfylker, ble den ønskede sammensetningen av organet begrenset av knappe tidsfrister fra Helsedirektoratets side. KS, forsknings- og kompetansemiljø er representert i samarbeidsorganene. For alle casefylker virker det å være lite endringer i organenes sammensetning, bortsett fra enkelte personbytter. I noen grad har det vært ulik deltakelse fra et par instanser, slik som sykehus og NAV.

I intervjuene er prosjektlederne (både i casefylker og øvrige) samstemte i at samarbeidsorganene er, og har vært, en nyttig struktur i arbeidet. De peker på at samarbeidsorganets rolle har endret seg underveis i programperioden. I etablerings- og oppstartsfasen har det spilt en særlig aktiv rolle i kriterieutforming og vurdering av søknader fra kommunene. En sier at i oppstartsfasen: «Da hadde de en veldig formell og tydelig rolle. Etter hvert som ting gikk seg til og falt på plass, var det mindre behov for den rollen, og da ble det en mer faglig rolle». Det er ulikt hvor aktivt fylkeskommunen har brukt organet i det videre arbeidet. I et fylke fremholder prosjektledelsen at samarbeidsorganet «har fungert veldig bra» og blitt brukt gjennom hele tiltaksperioden. Særlig pekes det på at man i samarbeidsorganet har jobbet tett med FoU, det har man i fylkeskommunen ikke gjort tidligere, og det fremheves som «hovedgevinsten». I et tredje fylke har man etter oppstart, brukt samarbeidsorganet mindre og heller hentet ut fagressurser til bruk på ulike samlinger, det gjelder først og fremst FoU-miljøene.

4.2.2.1 Videre rolle

I fylkene som har kommet lengst i sin programperiode, har man i noen grad begynt å tenke på om samarbeidsorganet skal ha en rolle, og eventuelt hvilken, utover programperioden. I Trøndelag har man påbegynt en diskusjon i samarbeidsorganet som vil tas opp igjen etter programslett. Inntil videre har man kommet frem til at organet «(...) skal holde seg til programmet og ikke så mye til det generelle folkehelsearbeidet som vi så for oss at de kunne ha en rolle i». I Oppland formidler prosjektleder til fylkeskommunen de gode erfaringene med å ha et samarbeidsorgan, men er usikker på om samarbeidsorganet vil fortsette utover programslett. Regional plan for folkehelse utvikles og det er nye samarbeidskonstellasjoner i det sammenslåtte fylket: «Noen aktører vil være med i andre konstellasjoner, men det er et ressurspørsmål for alle aktørene».

4.3 Betydning av forankring og ressurser

Ettersom alle tilskuddsmidlene fra Helsedirektoratet skal gå til tiltaksutvikling i kommunene, er en viktig faktor fylkets forankring av programarbeidet og bruk av egne midler til iverksetting. Det gjelder hvor mye ressurser fylkeskommunene setter av til koordinering av arbeidet, i hvilken grad det gis midler til FoU- miljø og for noens del, også i form av midler til tiltak i kommunene. Siktemålet her er ikke å vise alle fylkeskommunens programaktiviteter, men løfte frem noen sentrale betingelser for programarbeidet.

4.3.1.1 Ressurser prosjektledelse

I *Trøndelag* er ansvaret for programmet plassert i avdeling Kultur og folkehelse, seksjon folkehelse, idrett og frivillighet. Her har man i programperioden hatt et sekretariat med tre ansatte som har ulik andel av sin stilling viet programmet. Primo januar 2022: Én har primært folkehelseprogrammet som arbeidsområde, en annen har stillingsoppgavene delt med 50 prosent i programmet og 50 prosent til andre deler av fylkeskommunens folkehelsearbeid. En tredje har gått av med pensjon og leies nå inn i en 10 prosent stilling.

Da *Rogaland* ble programfylke, var folkehelse plassert i fylkeskommunens kulturavdeling. Senere ble ansvaret flyttet til avdeling for regional plan, noe prosjektledelsen ser som en viktig endring. Her har man en egen arbeidsgruppe for folkehelse. Prosjektledelsen er delt på to ansatte, en som har det helhetlige samordningsansvaret med karakter av prosessledelse og en som har den løpende oppfølgingen av tiltaksutviklingen.¹⁰ I begge stillingene kommer programarbeidet i tillegg til øvrige folkehelseoppgaver, blant annet ansvaret for partnerskapsavtalene. Ved siden av prosjektledelsen har et par andre ansatte mindre oppgaver knyttet til programmet. Til sammen utgjør midlene til prosjektledelse en 50 prosent stilling.

Da *Oppland* kom med i programmet, ble ansvaret plassert i et planteam i Regional utviklingsavdeling. Ved opprettelsen av Innlandet fylkeskommune, ble folkehelse delt på to seksjoner, én på Lillehammer og en på Hamar. For gamle Opplands del er én stilling spesifikt viet fylkeskommunens generelle folkehelsearbeid. Prosjektleder forteller at i oppstartsåret 2017 tok arbeidsoppgavene i programmet hele stillingen. Da ble det også brukt delvis arbeidsinnsats fra en samfunnsplanlegger i samme avdeling. Senere har programmet krevde en noe mindre andel av prosjektleders stilling.

I *Hedmark* er prosjektleder plassert i samfunnsutviklingsavdelingen i Innlandet fylke, i seksjon for kommunal veiledning og plan. Stillingen er viet folkehelse, med programarbeidet som en del av dette. Det er anslått at omtrent 50 prosent av stillingsressursen går til program for folkehelsearbeid.

¹⁰ Ut fra at selve programmet går over en tiårsperiode og tiltaksutviklingen i fylket over en 6-årsperiode, har man organisert prosjektledelsen i henhold til dette.

I tillegg har programmet en stillingsressurs på 20 prosent knyttet til ungdomsmedvirkning i programmet.

Samlet sett ser vi at det er ganske ulikt hvor mye ressurser fylkeskommunene går inn med til prosjektledelse. Fra over en og en halv stillingsressurs i Trøndelag, til 50 prosent i Rogaland. Det må sees i sammenheng med hvor mange tiltak og kommuner prosjektledelsen har å følge opp, og i hvilken grad oppfølgingsrollen også fylles av FoU- og kompetansemiljøene. Alle prosjektledere fremholder at det har vært problematisk for fylkeskommunen at alle tiltaksmidlene skulle gå direkte til kommunene og ingen til prosjektledelse.

Vi kommer tilbake til andre faktorer som også viser hvordan ulik prioritering og ressursbruk i fylkeskommunene (det man i implementeringsteori benevner som programmets «omgivelser») har betydning for programarbeidet.

4.3.1.2 *Hva betyr kommunenes egenandel for tiltaksutviklingen?*

Dette er et interessant spørsmål som vi gjennom midtveiseevalueringen ikke har grunnlag for å gi et godt svar på, men som vi stiller likevel. Spørsmålet er verdt en nærmere vurdering, i programperioden og spesielt i sluttevalueringen av programmet.

I tabell 4.2 så vi variasjon mellom fylkene hvor stor andel det er lagt opp til at kommunene skal gå inn med i tiltaksutviklingen. Det er ikke nødvendigvis slik i alle fylker at ressursene har form av rene økonomiske midler, vi kjenner til at det også kan dreie seg om å avsette ressurser i form av arbeidstid.

Rogaland har den laveste andelen, dette ble bestemt i samråd med alle kommuner i fylket da man satte kriterier for opptak. En begrunnelse var at alle kommuner skulle ha mulighet for å være med.

Vi har ikke gått nærmere inn i tallene, men det er interessant at det i flere andre fylker varierer innad i fylket hvor stor andel av tiltaksfinansieringen kommunene selv skal stille med. Hvilke avveininger ligger til grunn, er det et mønster i hvilke typer tiltak eller kommuner som har lavest eller høyeste andel, eller kan det henge sammen med når i programperioden de ble tatt opp? Vil grad av egenfinansiering vise seg å ha betydning for sluttresultatene av tiltakene?

Når det gjelder finansiering av tiltak, utgjør Trøndelag en spesiell modell. Her har fylkeskommunen gått inn med egne midler for å finansiere tiltak i de kommunene som er tatt opp de siste par årene. Det vil si at om lag 15 -18 kommuner får midlene fra Helsedirektoratets tilskuddsmidler og resten, det vil si i underkant av halvparten av tiltakene, finansieres med fylkeskommunale midler.¹¹ De første kommunene fikk mer midler og de siste litt mindre, og disse har også færre år til gjennomføring av sine tiltak. – Vi vil føye til at ulik varighet for tiltak avhengig av når de er tatt opp i programmet, også er tilfelle i andre fylker.

Dette vitner om en sterk prioritering og økonomisk satsing på folkehelseprogrammet i fylket. Fylkeskommunens bruk av egne midler er antakelig med å forklare at man i Trøndelag har fått med såpass mange av kommunene i programmet.

4.3.1.3 *Programmets «omgivelser» i fylkene*

I noen fylker har programmets innretting og arbeidsmåte hatt sterkere sammenfall med etablerte strukturer for organisering av folkehelsearbeidet enn i andre. Programmet har «passet som hånd i hanske», som én fremholdt. Programarbeidet har utvilsomt hatt fordeler av dette ved å kunne bygge videre på, og til dels forsterke, disse strukturene, og slik hatt betydning for programmets forankring. Det har blant annet gjort etablering av samarbeidsorgan enklere. En prosjektleder

¹¹ Kommunene som ble tatt opp i 2017-18 fikk tiltaksmidlene fra potten fra Helsedirektoratet, dette gjaldt delvis for kommuner tatt opp i 2019, mens fra 2020 og ut brukes kun midler fra det fylkeskommunale budsjettet. De første kommunene fikk 5-6 år til gjennomføring av tiltak, de siste får 3 år.

trekker frem: «I regional plan for folkehelse er det tre satsinger- psykisk helse, sunne levevaner og trygge lokalsamfunn. Vi var heldige siden når dette programmet kom, hadde vi allerede i strukturene at det var dette det skulle jobbes med».

Alle intervjupersonene fremhever at det er veldig ressurskrevende for fylkeskommunene å ha koordineringsfunksjonen regionalt. Som nevnt over, skal programmidlene kun gå til tiltaksutvikling og fylkeskommunens innsats må dekkes av den generelle rammebevilgningen for folkehelsearbeid. Dette har gitt ganske store forskjeller fylkene imellom når det gjelder hvor mye de har brukt av eget budsjett. Som én sier: «Vi brukt fra eget budsjett til å dekke lønn, kompetanseheving og konferanser, så det ble mye økonomi fylkeskommunen har puttet inn i det». Vi har ikke gått inn i de fylkesvise tallene, men som vi ser av case-fylkene, er det store forskjeller når det gjelder hvor mye ressurser som er avsatt til prosjektledelse: «Det krevende er at det ikke fulgte med midler til fylket. Som prosjektleder har jeg ikke flere ressurser, vi har ikke fått flere stillinger, så det har kommet oppå alt annet». Mens det er eksempler fra et annet fylke hvor man har lyst ut en egen prosjektlederstilling som har hatt programarbeidet som hovedoppgave. Det er også betydelige forskjeller mellom fylkene i hvilken grad de har avsatt midler til felles samlinger og til samarbeid med FoU-miljøene.

Vi vil peke på at dette kan sees i sammenheng med profil på tiltaksutviklingen; om man har mange eller få tiltak å følge opp, og i hvilken grad tiltakene er knyttet opp til FoU-miljø. Der det siste er tilfellet, har de kunnet ta mye av støtte- og oppfølgingsrollen overfor tiltakene. Har fylket mange, små tiltak å følge opp, er det arbeidskrevende, blant annet når det gjelder administrative oppgaver (overføring av midler, rapportering m.m.). På den annen side vil et fylke med få tiltak kunne ha en relativt sett stor oppgave med å følge opp kommuner som ikke har tiltak.

Alle intervjupersonene peker på viktigheten av forankring internt i fylkeskommunen som en viktig betingelse for hvor mye ressurser som avgis til programmet. Så langt vi kan se, er grad av forankring knyttet til hvilken tyngde og hvilke ressurser det øvrige folkehelsearbeidet har hatt i fylke forut for programmet. Et fylke som gjennom tid har ligget relativt langt fremme i det systematiske folkehelsearbeidet, slik som Trøndelag, er også blant de som har prioritert mest ressurser til prosjektledelse og tiltaksutvikling. Vi ser til dels det samme mønsteret for hvordan, og i hvilken grad, fylkeskommunen har avsatt egne midler til samarbeid med FoU-miljøene.

Når det gjelder organisatorisk plassering av folkehelseansvaret i fylkeskommunen, og dermed programarbeidet, mener flere at det er en vesentlig fordel at dette er plassert i nær tilknytning til det fylkeskommunale planarbeidet. Dette trekkes særlig fram av de som har erfaring fra folkehelsearbeidets plassering andre steder i organisasjonen: «Da var det vanlig at det helsefremmende og kulturperspektiv ble sett sammen».

4.4 Støtte fra Programeierne: Helsedirektoratet, KS og Folkehelseinstituttet

Blant prosjektlederne trekkes det frem som et viktig moment at Helsedepartementet med Helsedirektoratet, KS og Folkehelseinstituttet har gått sammen om å etablere programmet. Det har gitt programmet stor legitimitet både innad i fylkeskommunen og i kommunene: «Det gir oss et mandat at de store har gått sammen (...) Vi merker at politikerne lytter og nikker: 'Ja, KS står bak ja'. Det er utrolig nyttig».

Når det gjelder den nasjonale støtten til programmet, har Helsedirektoratet en overordnet rolle overfor fylkeskommunene samlet, og en rolle hvor de er tilgjengelig for støtte og dialog med prosjektledere fylkesvis. Det har vært arrangert felles samlinger for fylkenes prosjektledere, nasjonale konferanser for alle tiltakene (som også er åpen for kommuner uten tiltak) og i løpet av våren 2021 en webinarrekke med seks tema. Ved siden av at folkehelseinstituttet og KS har bidratt på de nasjonale konferansene, har de hatt en faglig støttefunksjon regionalt. Folkehelseinstituttet

har først og fremst bidratt med evalueringskompetanse, både i form av kompetanseheving på regionale samlinger og i noen tilfelle ved direkte støtte til enkeltkommuner. KS har hatt ansvar for læringsnettverk mellom kommunene og er også representert i samarbeidsorgan regionalt. De har fått utarbeidet en veileder i egevaluering ved Bergljot Baklien.

Prosjektlederne er svært fornøyd med den støttet og oppfølgingen de har fått fra Helsedirektoratet underveis i programgjennomføringen. Når det gjelder oppstartsfasen, er erfaringene mer blandet.

Flere av fylkene som søkte opptak i programmet i første pulje, mener at fristene var altfor korte (bortsett fra Trøndelag og Agder, som var i startgropa året før). En fylkesprosjektleder betegner det som et «rotterace». Man skulle utforme en søknad med et innovativt perspektiv, etablere til dels nye strukturer (samarbeidsorgan og FoU-samarbeid) og det var også et krav om å forankre søknaden politisk:

Det som var kjedelig, var at vi måtte sende til Hdir. hvem vi ville gi midler før vi hadde fått avklart det politisk. Så vi måtte lage et orienteringsskriv til politikerne om at vi hadde gjort dette i etterkant. Vi skrev til Hdir. med forbehold om at politikerne gjorde en endring. Skulle veldig gjerne hatt det vedtaket først, fordi de spør. Mulighet til utvidet frist fra Hdir. ville vært ønskelig.

Dette krevde en intens arbeidsinnsats, men førte også til at man i flere tilfeller ikke fikk gjort et grundig nok arbeid med opplegget for programmet i fylket og overfor kommunene. Det gjelder særlig sammensetning av samarbeidsorganet og tid til dialog med kommunene om søknadsutforming, spesielt innbaking av evalueringsdesign i prosjektskissene. Det tematiseres ikke i intervjuene, men vi spør oss om det også kan ha gått utover mulighet for å etablere relasjoner med eksterne aktører som frivilligheten.

Vi har sett at over halvparten av fylkene fikk avslag i første opptakspulje, og enkelte også i neste pulje. Fylkene uttrykker at de ikke fikk tilstrekkelige begrunnelser for avslaget, og til dels opplevde Helsedirektoratet som uklare. En fylkesprosjektleder mener dette hadde sammenheng med at programmet var stort, ambisiøst og også nyskapende for direktoratet:

Det skapte litt usikkerhet hos oss fordi vi syns tilbakemeldingene var litt utydelige fra Hdir, hvorfor en kom med eller ikke. Så fra Hdir sin side virket det som at det var litt nytt for dem også til å begynne med, det var vanskelig å få gode avklaringer, men så har det utviklet seg til å bli veldig positivt. Mer og mer inn på et godt spor.

Samtidig fremheves det av andre, som fikk gjennomslag i første søknad, at de opplevde å få «veldig god veiledning i å søke og utforme programmet og finne lokale tilpasninger».

I gjennomføringen peker prosjektlederne på betydningen av at direktoratet har stilt seg til disposisjon, vist «imøtekommenhet» og at det har vært lav terskel for å ta kontakt. På forespørsel har de også stilt opp på møter i samarbeidsorgan og orientert om programmet.

Felles samlinger for de fylkeskommunale prosjektlederne og for tiltakene i programmet, fremheves av prosjektlederne som svært nyttige, samt webinarrekken i 2021. Den innebærer kompetanseheving både på fylkes- og kommunalt nivå. Prosjektlederne vet ikke i hvilken grad kommunene har benyttet tilbudet. Men at det er digitalt, gjør det til også et verktøy kommunene kan bruke internt. Vi vil føye til at en slik form for kompetanseheving også kan virke til å gi forankring og sammenbinding innad i kommunen.

Samlet oppsummerer en prosjektleder, som har vært med fra oppstarten i 2017, støtten fra Helsedirektoratet til gjennomføringen slik:

Jeg må si de har vært veldig gode, absolutt lydhøre, arrangert samlinger, vært løsningsorientert. Jeg syns de har vært flinke. Gjort hva de kan ut fra våre behov.

Det ble lagt opp til for-konferanse på folkehelsekonferansene om evaluering. Så en har prøvd å støtte opp fylkene på en god måte. Det har vært god faglig støtte.

Flere av fylkene nå i en avslutningsfase av de igangsatte tiltakene, mens selve programmet er vel halvveis. Dette har ført til en ny fase med usikkerhet hvor fylkene opplever utydelige signaler:

Helsedirektoratet er uklare, de går ikke ut med noe spesielt, annet enn at det er mulig å søke penger, men hva skal det søkes til? Det er veldig vanskelig. Vi har hatt møte med Statsforvalter som sier at nå må dere være på hugget og søke, men vi vet ikke helt hva vi kan søke på (...) Det er vanskelig å ta en rolle også. Hdir har sagt til oss at det ikke blir mer penger til tiltaksutvikling og det har vært utfordring at vi ikke helt vet hva som kommer.

KS

Når det gjelder KS sin rolle i programmet, mener flere at KS var tett på i starten av programmet, men at man senere har savnet at de har tatt en mer aktiv rolle. I oppstarten var det ansatte i KS som jobbet særskilt med læringsnettverk. Dette drøftes i følgeevalueringen fra 2019, hvor det vises til at KS prioriterte fylker som da ikke var med i programmet. Dette var ikke momenter intervjupersonen brakte på bane, men derimot følgende erfaringer:

Flere trekker frem KS sine læringsnettverk som nyttige. Ett fylke sier at tilbudet fra KS var «fantastisk» og at tilbudet passet godt inn i partnerskapsavtalene i fylket. Det viste seg imidlertid at hoveddelen av kommunene oppfattet tilbudet som for ressurskrevende. Det var lagt opp til fire samlinger og workshops imellom. Bare fire av over 20 kommuner meldte seg på. Da fylkeskommunen spurte kommunene om hvorfor de ikke ville delta, var svarene at det dreide seg om manglende kapasitet og stillingsressurser. «Men bør vi ikke prioritere det som er mest utfordrende? Jo, men det krever noe å følge opp, å være med på fire samlinger og ha workshops innimellom». Prosjektlederen mener likevel at KS burde prøve på nytt og gi et nytt tilbud.

Det etterlyses mer hjelp fra KS når det gjelder å forankre og implementere arbeidet regionalt. Dette er noe man må begynne med fra starten, og da var også KS mer på: «Men det er en stadig utfordring med forankring og implementering, det er en utfordring hele veien». Som en del av dette ønskes mer støtte fra KS når det gjelder innovasjonsdelen av programmet, med fokus på håndtering av sammensatte problemområder; «wicked problems». Som en sier: «For folkehelse henger så sammen med samfunnsutvikling i stort». En fremholder at «Hvordan de selv har greid å forankre det på nasjonalt hold, KS, man kan alltid ønske bedre forankring, men jeg syns de har gjort et godt arbeid».

KS sitt bidrag i å heve evalueringskompetanse i kommuner og fylkeskommuner sees som verdifullt. Prosjektlederne trekker frem utarbeiding av veileder i egenevaluering og forskerens bidrag rundt på samlinger i fylkeskommunene, og også bidrag overfor noen enkeltkommuner.

Folkehelseinstituttet

Den direkte støtten fra folkehelseinstituttet har vært knyttet til evalueringsarbeidet. Folkehelseinstituttets bidrag på felles samlinger for kommuner/tiltak oppleves som nyttig.

Ingen av prosjektlederne etterlyser annen type støtte når det gjelder evalueringskompetanse. Samtidig er de opptatt av at kommunene vil trenge fortsatt støtte i kunnskaps- og evalueringsarbeidet fremover. Vi kommer tilbake til temaet i kapittel 5 hvor vi presenterer resultatene fra spørreundersøkelsen.

Endring i rammebetingelser - epidemi

Koronaepidemien representerer en viktig endring i programmets rammebetingelser de to siste årene. Det har naturlig nok ført til forsinkelser i kommunens gjennomføring av tiltak: «Mange har skjøvet på det på grunn av Covid, så det blir en del restarting og en del prosjekt som har ligget i dvale». I

fylker som også har ferskere tiltak, gjelder det «spesielt de nyoppstartede som stod og spant litte grann». Prosjektlederne trekker ikke frem forsinkelsene som et hinder i videre gjennomføring. Planlagte fysiske samlinger på fylkesnivå og nasjonalt nivå har falt bort og fylkeskommunene og Helsedirektoratet har kompensert med digitale samlinger og webinarer. I fylker med store avstander har dette hatt den positive effekt at det har gjort det lettere for kommuner å delta. Det gjelder særlig små kommuner med lite ressurser.

4.5 Erfaringer fra fylkessammenslåing

Til slutt tar vi med erfaringer fra casefylkene når det gjelder fylkessammenslåing. Rogaland er, i motsetning til de andre case-fylkene, ikke strukturelt berørt av regionreformen. Trøndelag var sammenslått før de søkte opptak i programmet, og har hatt en enhetlig struktur gjennom programperioden.

I Innlandet har de to casefylkene Oppland og Hedmark hatt ulike styringsverktøy for folkehelsearbeidet utenom programmet. Oppland hadde Regional plan mens Hedmark hadde en, mindre forpliktende, folkehelsestrategi. Ut fra bindende føringer i Regional plan beholdt man den tidligere fylkesvise prosjektstrukturen. Planen utløper og man er i gang med utarbeiding av nytt, felles planverk. De to gamle fylkene startet på ulike tidspunkt og har vært på ulike stadier i tiltaksutviklingen. Det bidro til at prosjektene uansett ikke kunne slås helt sammen. Hedmark har kunnet dra nytte av erfaringer Oppland har gjort seg, blant annet har de deltatt på samlinger der Oppland er lengre fremme i utviklingen.

De to prosjektlederne sitter fysisk atskilt, på Lillehammer og Hamar. På grunn av epidemien har de nesten ikke møttes fysisk «det gir ikke hjelp til å bygge organisasjon å være digital (...). Nå har det gått to år, vi holder fortsatt på å bli kjent». Da fylkene ble slått sammen, så man frem til å bli flere og få sterkere fagmiljø på folkehelsefeltet. Men det har ikke blitt flere stillingsressurser, snarere tvert imot. Ved naturlig avgang har stilling knyttet til folkehelsefeltet ikke blitt erstattet. Begge fremholder at det samarbeides godt på folkehelseområde på tvers av seksjoner og de gamle fylkene og at det for programmets del går fint å samarbeide på tvers av forskjellige prosjektyper.

Vi har svært begrenset informasjon fra de øvrige fylkene når det gjelder betydningen av fylkessammenslåing for programarbeidet. Men det er grunn til å anta at erfaringene varierer, blant annet ut ifra hvor stor sannsynlighet man i fylkene har vurdert sjansene for tilbakeføring til tidligere fylkesstruktur. Fra gruppeintervjuet med prosjektledere påpekes det fra ett fylke at kommunesammenslåinger til dels har vært krevende for programarbeidet.

4.6 Kunnskapsutvikling – hvilke erfaringer har gjort seg med evaluering og samarbeid med og mellom FoU- og kompetansemiljø?

I dette avsnittet skal vi konsentrere oss om erfaringer fra fylkeskommunenes prosjektleder og forskere/kompetansemiljøene når det gjelder kompetansestøtte til kommunene i form av samarbeid med FoU- og kompetansemiljø. Et av de viktigste grepene i programmet er kravet om at alle tiltak skal evalueres. Det innebærer at det har vært lagt opp til alle tiltak skal være i kontakt med og dra nytte av FoU-miljø, også de som egevaluerer, ved å delta på kompetansehevede samlinger i fylket og/eller nasjonalt.

Fylkesprosjektledere fremhever evaluering og FoU-samarbeidet som et av de mest nyskapende og nyttige, men også mest krevende, delene av programarbeidet: «Programmet krever annen måte å jobbe på (...) det kan være avskrekkende for kommuner. Noen er redd for å nærme seg, særlig

dette med evaluering, panikk, utrygg på nivået, og om det er gjennomførbart. De er redd for at de må ha forskningskompetanse».

Før vi drøfter dette, skal vi ta et raskt blikk på et par andre faktorer ved fylkeskommunens understøttelsesarbeid som vi i dette kapitlet ikke går dypere inn i, men som har betydning for kunnskapsutvikling og evalueringsarbeid (se mer i kap 5).

4.6.1 Kort om fylkeskommunens oppfølgingsrolle

Som del av fylkeskommunenenes rolle å sørge for å understøtte kommunene i tiltaksarbeidet og koordinere arbeidet i fylket, er oppfølging av kommunene gjennom blant annet felles samlinger for kommunene en sentral strategi. Fylkene har arrangert flere slike årlig, og i stor grad har både kommuner med og uten tiltak vært invitert. Det er lagt opp til kunnskapsheving i form av fagtema og erfaringsutveksling mellom kommunene. Det varierer mellom fylkene hvor ofte de arrangerer felles samlinger, og i hvilken grad de i tillegg følger opp tiltak og kommuner enkeltvis. For eksempel kan oppfølgingsarbeidet overfor kommunene i et fylke «rasjonaliseres» ved at programsamlinger samordnes med samlinger i den eksisterende partnerskapsmodellen for folkehelsearbeid. I spørreundersøkelsen ser vi at kommunene er svært fornøyde med denne støtten, men med noen forskjeller mellom kommuner med og uten tiltak, se kapittel 5.7. Fylkeskommunene bidrar også med annen understøttelse i form av utarbeiding av oversikter over folkehelsestilstand i fylket, gjennomføring av spørreundersøkelse til kommunene for kartlegging av status for folkehelsearbeidet m.m. De regionale KORUS-sentrene har ansvar for Ungdataundersøkelsen. Dette er oppgaver knyttet til det øvrige folkehelsearbeidet i fylket som til dels integreres i programarbeidet og som tiltaksutviklingen drar nytte av, og som utvilsomt bidrar til å knytte programarbeidet til langsiktige strukturer.

4.6.2 Finansiering og organisering

Særlig for de første fylkene som startet opp, var det et stort tema hvordan evalueringsarbeidet skulle rigges og ikke minst hvordan det skulle finansieres. Blant annet førte tidspress i oppstartsfasen til at FoU-miljøene i mindre grad ble involvert i utforming av tiltakene. Fylkene som startet opp seinere tok med seg disse erfaringene og har blant annet integrert bistand fra FoU-miljøene i en tidligere fase. Etter hvert åpnet også Helsedirektoratet for at noe av tiltaksmidlene kunne settes av til evalueringsarbeid. Alle fylkeskommunene vi har sett på bidrar i tillegg med egne midler til evalueringsarbeidet, og i to av fylkene gjelder det også FoU-miljøene. Midlene kan gå både til oppfølging av kommuner og tiltak, og til koordinering av arbeidet FoU- og kompetansemiljøene imellom.

Dette har fylkene innrettet på ulik måte. I ett fylke er ordningen slik at kommunene som får tiltaksmidler, avsetter en andel (fylkeskommunen har satt et minimumsbeløp) av disse til evalueringsarbeid. Det innebærer at andelen varierer, avhengig av tiltakets innretting og hvilken instans som evaluerer. FoU/kompetansemiljøene får midler fra denne potten, i tillegg til at fylkeskommunen gir noe midler fra andre fylkeskommunale budsjettposter til miljøene og til det interne samarbeidet i FoU-gruppa, inkludert oppgavene til en koordineringsgruppe for FoU-arbeidet. I et av de øvrige fylkene er det organisert på en liknende måte, der er det ikke et minimumsbeløp, men 10 prosent av tilskuddsmidlene er satt til en felles pott for evaluering: «Det innebærer at ikke alle tiltakene nødvendigvis får like mye av disse, så de tilfaller ikke nødvendigvis alle kommunene i så måte. Det krever en del arbeid av oss å styre den potten». I andre fylker er det eksempler på at ressurser til FoU ikke hentes direkte fra tiltaksmidlene, men bare fra fylkeskommunale midler samt noe fra FoU-miljøene selv.

Både prosjektledelse og FoU-miljøene viser til at det er et problem at miljøene har ulike økonomiske utgangspunkt, og at dette er noe man har meldt fra om til Helsedirektoratet, men hvor det foreløpig ikke har vært gjort endringer. Mens miljøene som driver oppdragsforskning er avhengig av

timefinansiering av sin innsats, har kompetansemiljøene evalueringsarbeidet som en del av sitt samfunnsoppdrag gjennom tildelingsbrevet. Det rapporteres at dette kan gi en skjevhet i forholdet mellom de rene forskningsmiljøene og kompetansemiljøene. Enkelte FoU-miljø har opplevd koordinering med kompetansemiljøene som vanskelig, mens andre har samarbeidet tett og godt. Det siste virker særlig å være tilfellet der det allerede er eksisterende kontakt eller samarbeidsforhold mellom miljøene.

Vi ser en betydelig forskjell mellom fylkene når det gjelder hvor omfattende samarbeidet mellom fylkeskommune og FoU/kompetansemiljøene er, hvor mange miljø som er involvert, og hvordan. Dette er igjen knyttet til antall tiltak og kommuner involvert i programmet og i hvilken grad det er lagt opp til egevaluering med felles kompetanseheving og samlinger, eller kombinasjon egevaluering/eksternevaluering. I den ene enden av skalaen har et fylke lagt opp til egevaluering og kjøpt inn tjenester fra enkelte FoU-miljø ved behov ved hjelp av fylkeskommunale midler. I den andre enden finner vi et fylke hvor det er inngått samarbeidsavtale med 9 forsknings/kompetansemiljø og hvor disse er koblet direkte til tiltak. Det er tett samarbeid mellom miljøene, som koordineres av en egen koordineringsgruppe og hvor hovedansvarlig i koordineringsgruppa har om lag 30 prosent av stillingen finansiert til dette. Så langt vi kan bedømme, henger denne variasjonen i stor grad sammen med tidligere strukturer og innretning av folkehelsearbeidet i fylkeskommunen, som igjen viser ulik ressurstilgang.

4.6.3 Breder og forsterkede relasjoner

Både prosjektledere og FoU- og kompetansemiljø legger vekt på at programmet har vært en driver i å utvikle samarbeid mellom fylkeskommunen og miljøene, og miljøene imellom. Det varierer hvor bredt og tett samarbeidet mellom fylkeskommunen og miljøer var forut for programmet. I casefylkene, og vi har inntrykk av i de øvrige fylkene, har man videreutviklet eksisterende relasjoner og også fått med nye miljø. Programmet har uansett virket til at samarbeidet har blitt systematisert og intensivert: «Vi har fått et mye tettere samarbeid med FoU-miljøene». En annen sier at «det er en kjempestyrke at vi ble 'tvunget til' samarbeidskonstellasjon med FOU-miljøene og med (kompetansemiljøene), vi hadde ikke hatt et slikt samarbeid med alle tidligere».

Fra miljøenes side er en sentral erfaring at «Fylkeskommunen har samlet oss, vi har samarbeidet mye tettere enn vi ellers ville ha gjort». I flere fylker der miljøene er knyttet direkte til tiltak, har fylket bidratt med midler til en koordineringsfunksjon miljøene imellom. Det er også eksempel på at miljøene har opprettet mer spissa faggrupper internt. I noen tilfeller har samarbeidet mellom FoU-miljø og kompetansemiljø blitt opplevd som til dels utfordrende fordi samarbeidet i utgangspunktet var «uklart beskrevet». I andre, kanskje særlig der hvor de ulike miljøene hadde samarbeidet tidligere, rapporteres det som tett og godt. Vi ser at samarbeidet i programmet genererer samarbeid og kompetanse i det øvrige folkehelsearbeidet. I et fylke hvor fylkeskommunen har gått inn med mer midler til koordinering av FoU-arbeidet enn i mange andre, pekes det på at «Det de får igjen er et veldig sammensveiset FOU-miljø som er vant til å jobbe sammen innen folkehelse».

Enkelte peker på at en finansiering av miljøene fra fylkeskommunens side har vært en god investering ved at det har fungert som et incitament for flere miljøer til å gå inn med en viss egenfinansiering. Et tema som reises er at det utvilsomt er nyttig å evaluere lokalt, men hvordan kan man ta forskningsfeltet videre? I fylkene vi har undersøkt, har alle ambisjoner om å bruke evalueringsarbeidet i større forskningsprosjekter, eller de er allerede i gang. Det er også eksempel på at en fylkeskomme har initiert og finansiert en langsgående evaluering hvor hensikten blant annet er å se sammenhenger på tvers av tiltak. I flere fylker har miljøenes initiativ resultert i stipendiatstillinger, enten knyttet opp til Forskningsråds-prosjekt eller offentlig sektor ph.d. I andre jobber man med å få etablert søknader. Alle fremhever at forskningsmidler er vanskelig å skaffe og at nåløyet for å få midler er svært trangt. I enkelte tilfeller rapporteres det at det er krevende å samle FoU- og kompetansemiljø om felles søknader; ettersom folkehelsefeltet er svært bredt og miljøene har ulike preferanser for hvilke områder de vil satse på. Det rapporteres også at et forsøk

på å få med fylkeskommunen i utarbeiding av søknad har strandet på grunn av manglende ressurser i fylkeskommunen.

Et tema i tilknytning til dette er hvorvidt det er hensiktsmessig å gjennomføre mange små evalueringer eller færre og større. En prosjektleder mener at få og store evalueringer gir en dypere kunnskap som derfor også har større overføringsverdi. Slik programmet er innrettet nå, hvor alle tiltak skal evalueres, vil evalueringenes størrelse være knyttet til om fylket har mange eller få tiltak. Andre faktorer er, som vi har sett, hvor mye midler fylkeskommunen går inn med, og hvor mye FoU-miljøene selv kan bidra med av ressurser.

4.6.4 Hva trenger kommunene hjelp til?

Både fylkeskommunale prosjektledere og forskere fremhever betydningen av at FoU-miljøene involveres tidlig i tiltaksutviklingen. I fylker der forskere og kompetansemiljø er koblet direkte til kommunene og kommer tidlig inn, har mye dreid seg om å hjelpe kommunene til å definere nærmere hvordan tiltaket bør innrettes, sortere hva de kan gjøre av egenevaluering og hva og hvor mye FoU/kompetansemiljøene skal ta seg av. Det er ofte at kommunene «gaper høyt» og trenger hjelp til å nedskalere ambisjonene. De kan bli overrasket over at de ikke nødvendigvis trenger å gjennomføre en spørreundersøkelse, som de i stor grad forbinder med forskning. Det kan dreie seg om å lære å samle inn og bruke kvalitative data og systematisere det de allerede har. Der FoU- og kompetansemiljø kommer inn tidlig, er en viktig oppgave å hjelpe kommunene til «(..) å få satt opp gode mål for prosjektet, som er evaluerbare». Forskere forteller at de også har introdusert kommunene for nye metoder som de også kan bruke seinere. «Det viktigste de tar med seg videre, er arbeidsmåten».

Det kan gå greit for kommunens ansatte å samle data, å gjøre intervjuer, osv. Men det er mer krevende å skulle analysere og skrive ut resultater. Det dreier seg i stor grad om tid, ro og arbeidsform, som det er vanskelig å skaffe rom for i en travel kommunal hverdag.

Der FoU- og kompetansemiljøene er koblet direkte til tiltak, følger de tiltakene over tid og tar slik mye av det løpende oppfølgingsarbeidet overfor kommunene. Dette avlastar også fylkeskommunen. Et tema som blir reist av enkelte involverte FoU- og kompetansemiljø, er et spenningsforhold i rollen mellom å veilede og evaluere: «Dette har et aksjonsforskningspreg, vi skal jo gi forslag til hvordan de kan gjøre det. Så hvor mye skal vi mase på dem samtidig som vi skal se på hvordan det har fungert? (...) der har vi blanda erfaringer. Hvor stopper vårt ansvar?».

Her vil vi bare påpeke et par momenter til som gjelder relasjonen mellom FoU-miljøene og kommunene, som vi kommer tilbake til i de neste kapitlene. For det første: Når det gjelder kommuner som ikke har tiltak, er et gjennomgående funn at FoU-miljøene i liten grad er involvert i oppfølgingen av disse. For det andre, erfarer miljøene at kommunens stillingsressurser er en helt sentral faktor for å gjennomføre tiltaket. En prosjektleder sier det slik: «Det som skal til for at de får til tiltaket sitt, i er i stor grad ressurser hos dem. Store bykommuner har en koordinator og flere rundt vedkommende som jobber tett, de har mange småprosjekter klare, de greier nesten ikke begrense seg. Så har du noen kommuner som har en utskremt person, som sitter veldig alene og uten ressurser rundt seg». Mangelen på ressurser får ikke forskerne gjort noe med: «Men vi kan hjelpe dem til å se muligheter». I tillegg til erfaringskunnskap, erfarer miljøene at mange kommuner trenger kompetanse om prosessledelse.

Kommuner uten tiltak

I etablerings- og oppstartsfasen av programmet, har FoU- og kompetansemiljøene gitt kompetansestøtte som i stor grad har vært rettet mot alle kommuner i fylket, først og fremst gjennom opplæring i evaluering. Når det gjelder kommuner som ikke har tiltak, er et gjennomgående funn at FoU-miljøene i liten grad er involvert i oppfølgingen av disse. I kapittel 5 tar vi for oss kommunenes erfaringer med programmet, både i kommuner med og uten tiltak. Her vil vi kort peke på at prosjektledere peker på at det er varierende i hvilken grad de har fått med

kommuner uten tiltak på samlinger, selv om alle er invitert. Noen har ved enkelte anledninger drevet «oppsøkende virksomhet» og prøvd få dem med. I stor grad mener man dette henger sammen med manglende ressurser i kommunen i form av tid og stillingskapasitet. Dette betyr at det vil kunne bli betydelige forskjeller mellom kommuner som deltar i prosjektet med tiltak og først og fremst små kommuner uten tiltak, som i liten grad får nyttiggjort seg felles kompetanseheving og erfaringer. Det gjelder i stor grad evalueringskunnskap, som har vært et viktig tema på samlinger.

En prosjektleder peker på at i hans fylkeskommune har man ikke hatt nok ressurser til å følge opp kommuner uten tiltak slik man skulle ønske og det «(...) har gått på bekostning av de som ikke var med. Vi har måttet prioritere i programmet». Det dreier seg om kommuner «som nesten ikke har ressurser, så det er kommuner som ikke sier fra og som ikke har behov fordi de ikke har ressurser. Det dreier seg ikke nødvendigvis om kommunestørrelse, men hvilke stillingsressurser som er avsatt til folkehelsearbeidet (...)». En gjennomgående erfaring i fylkene er at kommuner der folkehelseoppgavene er tillagt en liten, eller ingen, stillingsandel, er vanskelige å få på banen.

4.6.5 Nye tendenser?

Vi vil peke på et par utviklingstrekk som det er verdt å holde et blikk på videre: For det første, har man i flere fylker koblet bachelor- og masterstudenter til evalueringsarbeidet. I et fylke er det flere ansatte i kommunene som tar denne typen masteroppgaven. Dette gjelder ansatte på ledernivå i relativt store kommuner som er mer eller mindre sentralt plassert i prosjektgruppa for tiltaket. En begrunnelse for å oppfordre ansatte til å ta et masterstudium, er å utvikle og beholde kompetansen i kommunen.

For det andre, og til dels koblet til poenget over, ser man at det blant kommunene er det vi kan kanskje kalle en økende selvtillit overfor eksterne FoU/kompetansemiljø, uttrykt som et ønske om å likestille egen kunnskap med forskningsmiljøenes kunnskap. I et fylke viser evalueringsmiljøene til at:

Det er ikke slik at (vi) driver følgeforskningen. Men samarbeidsforskning. Kommunene skal bidra konkret med datainnsamling, folk i kommunene sentralt tar master på dette og bidrar konkret i forskningen. Samarbeidsavtalen er at vi driver forskning sammen, og de ønsker at dette skal være kommunal forskning. De vil ikke at «andre skal forske på oss».

I et annet fylke har man gått over til å benevne alle miljøene involvert i evalueringsarbeid «FoU-miljø», også kompetansemiljøene, etter ønske fra kommunene: «De ble kalt først kompetansemiljø – men nå FOU-miljø, fordi kommunene har sagt at 'vi har også kompetanse på folkehelse', men vi er andre type aktører enn FOU-miljøene».

Dette står i kontrast til spesielt oppstarten av programarbeidet, hvor en gjennomgående erfaring er at kravet om evaluering opplevdes som ukjent land og svært krevende for kommunene. Det er grunn til å anta at grader av «selvtillit» overfor FoU- og kompetansemiljø henger sammen med kommunens størrelse og faglige ressurser. Det er også åpenbart at generelle trekk ved samfunnsutviklingen, der tidligere skarpe grenser mellom ekspert – og fagkunnskap og erfaringskunnskap endres, har stor betydning. Samtidig er det grunn til å spørre om dette også kan være en virkning av programmets vekt på å øke kommunenes evne til selv å vurdere og evaluere egen kunnskapsproduksjon.

4.7 Oppsummering

Dette kapitlet har gitt et innblikk i de nasjonale og fylkesvise føringene som bidrar til å forme tiltaksutviklingen og rammene kommunene arbeider innenfor. Vi har sett på variasjon i fylkeskommunenes rolle og utforming av programarbeidet. Med bakgrunn i implementeringsteori,

har vi lagt vekt på faktorer ved *fylkeskommunen som bestemmelsessted* og som inkluderer faktorer knyttet til *omgivelsenes innvirkning* på programarbeidet. Det vil i denne sammenheng si enkelte faktorer ved fylkets øvrige folkehelsearbeid med særlig betydning for implementeringsprosessen. Vi har også tatt for oss programeiernes understøttelse av fylkenes rolle.

Oppstartsfasen og videre støtte fra programeierne

Vi ga først en oversikt over føringer gitt fylkeskommunene, der de gis en sentral rolle i utforming og iverksetting av programmet i sitt fylke, med hovedoppgave å koordinere og understøtte tiltaksarbeidet regionalt. De har en rolle som mediatorer mellom Helsedirektoratet og kommuner og tiltak, og mellom kommuner og FoU- og kompetansemiljø. Innenfor de sentrale, tematiske områdene og ut fra vekten på kunnskapsutvikling, evaluering og samarbeidsrasjoner, er fylkene gitt relativt stort spillerom til å forme sin rolle og tilpasse tiltaksutviklingen i fylket lokale forhold.

Deretter viste vi deler av programmets utvikling fra oppstartsåret i 2017, som også illustrerer at dette er et omfattende program hva gjelder midler og programperiode. Fylkene har blitt tatt opp puljevis frem til 2019, da de resterende fylkene ble tatt opp. Under halvparten av fylkene som søkte første året fikk innvilget sin søknad og flere fikk også avslag påfølgende år, inkludert flere av casefylkene. Fylkeskommunene opplevde i stor grad avslagene som uklare. I oppstartsfasen var det også frustrasjon knyttet til at beregnede midler fra Helsedirektoratet ble redusert. Det var korte tidsfrister og krav til blant annet politisk forankring før fylkene kunne sende søknad. I et tilfelle førte dette til at fylket ikke rakk å sette sammen samarbeidsorganet slik de ville og til at søknadsprosessen og dialogen med kommunene ble mindre omfattende enn ønsket. Her er det variasjon fylkene imellom, alle opplevde oppstarten som krevende, men i ulik grad. I fylker som ble tatt opp senere, var disse problemene i stor grad ryddet av veien.

Prosjektlederne i fylkeskommunene tolker dette som uttrykk for at programmets innretning var nytt og krevende også for Helsedirektoratet. Når det gjelder videre støtte fra programeierne, oppleves den senere støtten fra Helsedirektoratet som svært positiv. Det gjelder både form og innhold i felles programsamlinger, en digital seminarrekke våren 2021 og den direkte oppfølging av prosjektlederne. Felles samlinger for prosjektledere med rom for erfaringsutveksling oppleves som nyttige og det blir også fremhevet at Helsedirektoratet viser stor imøtekommenhet og at terskelen for å ta direkte kontakt er lav. Prosjektlederne fremhever KS rolle i programmets tidlige faser som viktig, da de hadde ansvar for å gjennomføre læringsnettverk for fylker som ennå ikke var tatt opp i programmet. Dette representerte nyttig kompetanseheving, men opplegget krevde såpass mye tid og ressurser fra kommunene og kunne føre til at færre kommuner deltok. I det videre programarbeidet savner prosjektlederne at KS har en tydeligere rolle i å bistå med implementeringsprosessen i kommunene. Når det gjelder å bidra med evalueringskompetanse, oppleves KS utarbeiding av en veileder i egenevaluering som svært nyttig, det samme gjelder denne forskeren og FHI sine bidrag på felles samlinger for kommuner/tiltak.

Variasjon i programinnretning

Når vi ser på innretningen av programmet, bruker vi casefylkene som eksempler på variasjon i programutformingen, supplert med informasjon fra de øvrige fylkenes prosjektledere. Det er ulikt i hvilken grad fylkene har lagt opp til at alle, eller deler av kommunene skal ha tiltak eller være involvert i tiltak med andre kommuner. Det er også ulikt i hvilken grad det er gitt føringer for å prioritere visse tiltaksområder utover de overordnede, nasjonale føringene. Dette gir ganske ulik andel kommuner som har tiltak - eller ikke - fra fylke til fylke. I et fylke er ambisjonen å få med alle kommunene, og et stort flertall av kommunene er direkte involvert i programmet gjennom tiltak. I et annet fylke har man satset på få, store tiltak. Det gjør at over halvparten av kommunene ikke har, eller er deltaker, i tiltak. I to andre fylker er litt over eller under halvparten av kommunene deltakere. Dette samvarierer ikke nødvendigvis med i hvilken grad det er gitt tematiske føringer; i det ene fylket har man prioritert barnehage, skole og nærmiljø, i det andre har man stilt kommunene relativt fritt. Samlet sett, og på bakgrunn av funn i dokumentstudien, ser vi at dette i noen fylker har resultert i stor variasjon i tiltaksformer- og områder, og i andre færre og mer konsentrerte tiltak.

En viktig faktor i tiltaksutviklingen er hvordan søknadsprosessen for kommunene er lagt opp, her legges grunnlaget for tiltakets form og virkemåte. Alle casefylkene har hatt en form for tottrinnsprosess, samtidig er det ulikt hvor god tid de har hatt og hvordan de har organisert denne prosessen. Det dreier seg mye om i hvilken grad denne fasen blir definert som en læringsprosess med mulighet for prøving og feiling og hvor mye støtte, og i hvilken grad, understøttelsen til kommunene har blitt gitt i form av felles samlinger med evaluerings- og kompetansestøtte og/eller individuell veiledning.

Samarbeidsorganene er utførlig behandlet i SINTEFs rapport fra 2019, som viser at samarbeidsorganene i stor grad fungerer etter intensjonene, med noen justeringer. Her ser vi derfor kort på senere erfaringer. Prosjektlederne erfarer samarbeidsorganene som en nyttig struktur, hvor det har vært få endringer i sammensetningen i løpet av programperioden. I flere fylker baserer sammensetningen seg i stor grad på tidligere etablerte fora i fylkeskommunen. Størrelsen varierer betydelig, fra om lag 10 instanser som medlemmer, til 20 eller mer. Vi ser blant annet variasjon i hvor stor andel av kommunene som er representert, hvor mange og hvilke typer frivillige organisasjoner og om politikere er deltakere. Der hvor samarbeidsorganene er brede, har man etablert en mindre, mer fagpreget arbeidsgruppe som har vært tettere på søknadsprosessen for kommunene. Samarbeidsorganenes rolle har endret seg underveis, fra en aktiv og mer formell rolle i oppstartsfasen, til en mer «følge-med- rolle i iverksettingsfasen. I fylker som nå er i ferd med «å lande» sine tiltak, er det et spørsmål om, og hvordan, samarbeidsorganenes rolle og funksjon kan videreføres og integreres i fylkets øvrige og langsiktige folkehelsearbeid.

Koronaepidemien representerer en viktig endring i programmets rammebetingelser de to siste årene. Det har naturlig nok ført til forsinkelser i kommunens gjennomføring av tiltak. Planlagte fysiske samlinger på fylkesnivå og nasjonalt nivå har falt bort og fylkeskommunene og Helsedirektoratet har kompensert med digitale samlinger og webinarer. I fylker med store avstander har dette hatt den positive effekt at det har gjort det lettere for kommuner å delta.

Forankring og ressurser

I gjennomgangen av fylkeskommunenes rolle og utforming av programarbeidet, blir det tydelig at det er store forskjeller mellom fylkene når det gjelder ressurser som avsettes til programarbeidet. En sentral bestemmelse i programmet er at alle midler skal gå til selve tiltaksutviklingen og ikke til fylkeskommunens oppgaver i programmet. Det gjør at programmets «omgivelser» i fylket blir særlig viktig, i form av forankring av programarbeidet og i hvilken grad fylkeskommunen bidrar med midler til gjennomføringen. Dette henger også sammen med det øvrige folkehelsearbeidet i fylket, i hvilken grad programmet lett kunne tilpasses eksisterende strukturer og arbeidsmåter eller kunne kreve større innsats i å etablere slike.

Det er ganske ulikt hvor mye ressurser fylkeskommunene går inn med til prosjektledelse. Fra over en og en halv stillingsressurs i ett casefylke, til 50 prosent i et annet. Samtidig er fylket som bruker mest ressurser til prosjektledelse også det med flest tiltak. Mens fylket med minst midler til prosjektledelse har færrest tiltak, men av relativt større omfang, noe som gir ulike arbeidsmengde i oppfølging av tiltak. På den annen side kan dette også gi mye oppfølgingsarbeid overfor kommuner som ikke har tiltak, hvor programmet også er ment å bidra til kompetanseheving og ha virkninger for det langsiktige folkehelsearbeidet.

Det er også variasjon mellom fylkene hvor stor egenandel fylkeskommunen har bestemt at kommunene skal stille med i tiltaket. Her varierer andelen fra 20 prosent til 50-70 prosent, og det er også ulikt mellom fylkene om det er samme egenandel for alle tiltak, eller om det varierer internt i fylket. I ett av casefylkene har fylkeskommunen de siste årene gått inn med egne midler for å finansiere en rekke av tiltak. Det dreier seg om en betydelig satsing og er uttrykk for fylkets ambisjoner om at alle kommuner skal være direkte involvert i programarbeidet.

Et tredje område gjelder i hvilken grad fylkeskommunene har avsatt midler til samarbeid med FoU-miljø for å bistå kommunene i evalueringsarbeidet. Dette avhenger blant annet av om det er lagt

opp til om tiltakene skal egnevalueres, hvor FoU- og kompetansemiljøene bidrar med kompetanse på felles samlinger, eller om det er lagt opp til en kombinasjon av egen- og ekstern evaluering, som krever mer midler til FoU-miljøene.

Midtveiseevalueringen går ikke inn i de konkrete beløpene, men vi ser at utforming av programarbeidet i fylkeskommunene er tett forbundet med fylkeskommunens prioritering av ressurser til arbeidet. Dette henger også sammen med prioritering av, og ressurser til, folkehelsearbeidet generelt i fylket. Det gjør at fylker hvor dette allerede står sterkt, i større grad har bidratt med ressurser inn i programarbeidet. Samtidig er det en variasjon disse imellom, der vi spør oss om allerede etablerte samarbeidsrelasjoner med kommunene i noen tilfelle kan ha ført til at det bli sett som mindre nødvendig å gi midler til fylkeskommunens spesifikke programlederrolle.

Samarbeid FoU- og kompetansemiljø

En svært viktig, og nyskapende, føring i programmet, er kravet om at alle tiltak skal evalueres. Det har vært opp til fylkeskommunene og tiltakene i hvilken form; om ren egnevaluering eller en kombinasjon av egnevaluering og eksternevaluering. I casefylkene har bare ett fylke lagt opp til ren egnevaluering. Det kan ellers variere innad i fylkene mellom tiltakene hvor stor andel kommunene gjør selv og hvor stor rolle som FoU- og kompetansemiljø har.

Fylkene har organisert kunnskaps- og evalueringsarbeidet på ulike måter, som naturlig nok henger tett sammen med hvor stor andel kommuner som har tiltak og hvor mange FoU- og kompetansemiljø som er involvert. I casefylket som har lagt opp til egnevaluering, er FoU- og kompetansemiljøene først og fremst leid inn av fylkeskommunen for å bidra på felles samlinger. I de tre andre fylkene, hvor miljøene også er knyttet opp til enkelttiltak, er det etablert koordinerende funksjoner og/eller fora for å samordne miljøene og evalueringsarbeidet. Her går fylkeskommunen inn med midler, som til dels også har utløst noe midler fra miljøene selv. Da Helsedirektoratet etter hvert åpnet for at noe av tiltaksmidlene kunne settes av til evalueringsarbeid, har de fylkene som engasjerer eksterne miljø, utviklet litt varierende modeller for hvor stor andel av midlene som settes av til dette. Det pekes ellers på at en hemske knyttet til finansiering er at det gjelder ulike betingelser for ulike institusjoners deltakelse. Mens kompetansemiljøene har programarbeidet som del av sitt samfunnsoppdrag og ikke kan ta seg betalt, har oppdragsforskere timefinansiering og universitetsmiljøene igjen har andre muligheter for å gå inn med forskertid. Dette kan gi en skjevhet mellom de ulike miljøenes bidrag og rapporteres som et problem man ønsker løst.

Det er stor forskjell mellom fylker hvor bredt og tett samarbeidet mellom fylkeskommunen og FoU-miljøene er og hvor mange FoU-miljø og kompetansemiljø som er involvert. I ett fylke er 9 miljø trukket inn, de andre 4-5. Fylket med flest, har også flest relevante institusjoner å hente deltakere fra, og har hatt bredest samarbeid med miljøene fra tidligere folkehelsearbeid. I de andre fylkene har programmet også bygget videre på eksisterende samarbeidsrelasjoner, samt etablert nye. I alle fylkene fremhever både prosjektledere og FoU-kompetansemiljø at programmet har bidratt til atskillig bredere og tettere samarbeid mellom fylkeskommune og miljøene. Ikke minst har det bidratt til større integrasjon og samarbeid miljøene imellom, og dermed økt kompetanse på folkehelse tema. Dette fremheves som en viktig kvalitet å videreføre og dra nytte av i det langsiktige folkehelsearbeidet/utover programmets rammer.

Forskningsmiljøene er svært aktive i å forsøke å løfte forskningsfeltet og evalueringsarbeidet videre. Det er blant annet flere stipendiatstillinger knyttet til arbeidet. Samtidig er det vanskelig å skaffe forskningsmidler. Det varierer også hvor lett det er å samordne FoU-miljø og kompetansemiljø, som ofte har ulike interesseområder, i felles søknad. Det er også ulikt hvor mye drahjelp man får fra fylkeskommunen; ut ifra hvor mye ressurser fylkeskommunen kan stille opp med.

I undersøkelsen ser vi at man i flere tiltak bruker bachelor- og masterstudenter i evalueringsarbeidet, og at masterstudentene også rekrutteres blant relativt høyt plasserte ansatte i egen kommune. Det er også trekk som tyder på en økende selvbevissthet i kommunene, antakelig de som har mer egne fagressurser, til å likestille og hevde egen kompetanse overfor eksterne

forsker- og fagmiljøer. Det er for tidlig å si i hvilken grad programmet er medvirkende til denne tendensen, men det er et interessant moment å ta med videre.

Prosjektledere og forskere er samstemte i at evalueringsarbeidet er svært krevende og har virket som en svært høy terskel for mange kommuner i oppstarten. Men det er også svært lærerikt og nyttig for kommunenes kunnskapsutvikling, og når det gjelder å tilegne seg nye arbeidsmåter i det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet. Forsknings- og kompetansemiljøenes erfaring er at det er viktig å komme tidlig inn og hjelpe kommunene med å definere og forme tiltaket. I stor grad dreier det seg om å nedskalere omfang og gjøre tiltaket «evaluerbart.» Ikke minst gjelder det å trygge kommunene i at de ikke selv må stille med forskningskompetanse.

Et viktig funn er at FoU- og kompetansemiljøene gjør mye av det løpende oppfølgingsarbeidet overfor kommunene gjennom å følge tiltakene. Mens de har lite kontakt med kommuner uten tiltak utover felles samlinger. Vi kan anta at det gir ganske store forskjeller i kunnskapstilegning kommunene imellom, og slik setter større krav til fylkeskommunens arbeid for kunnskapsspredning på tvers. Sett i lys av at programmet har ulik ressurstilgang i de ulike fylkeskommunene, er dette et tema å holde fokus på i det videre programarbeidet

Vi ser nærmere på prosjektleder og forskeres erfaringer omkring evalueringsarbeidet i forbindelse med kommunes erfaringer mot slutten av kapittel 5.

5 Tiltaksutviklingen i kommunene: kjennetegn, betingelser, drivere og utfordringer

5.1 Innledning

Hva kjennetegner et tiltak som har tilskudd fra program for folkehelsearbeid, og på hvilke måter fremmer programmet tiltaksutviklingen i kommunene? Dette er tema for dette *empiriske* kapittelet, hvor vi skal se på bruken og nytten av programmets virkemidler i tiltaksutviklingen, gjennom presentasjon av funn fra spørreundersøkelsen blant kommuner som primærkilde. Tre av problemstillingene blir diskutert i dette kapittelet.

For det første belyser vi problemstilling 1., som dreier seg om hva som karakteriserer tiltakene og tiltaksutviklingen *i kommunene* i folkehelseprogrammet. Vi skal ikke evaluere tiltakene i seg selv, men snarere drøfte mønstre i programmets tiltaksportefølje og hvorvidt programmets virkemidler møter sine mål og treffer behovene blant kommunene.

Vi diskuterer for det andre hvor nyttig kommunene opplever programmets virkemidler, og i hvilken grad der er variasjon mellom kommuner som har mottatt tilskuddsmidler og kommuner som ikke har mottatt tilskuddsmidler. Dette spørsmålet ligger til evalueringens problemstilling 2.

Til sist drøfter vi hva kommunene som aktørgruppe erfarer om sine samarbeidsrelasjoner med fylkeskommuner og FoU- og kompetansemiljø om forsknings- og utviklings samarbeid, som berører problemstilling 3.

For å besvare disse problemstillingene, baserer vi analysen på et datagrunnlag bestående av dokumentanalyse, spørreundersøkelse og kvalitative intervjuer. Vi vil her presentere funn basert på alle tiltakene som har fått støtte i program for folkehelsearbeid, slik dette fremkommer i vår dokumentstudie av rapporteringer fra 142 tiltak. Deretter drøfter vi hva kommuner vektlegger i sine valg og erfaringer slik dette kommer frem i spørreundersøkelsen blant de tre casefylkenes kommuner. Som beskrevet i kapittel 3 har 67 respondenter besvart undersøkelsen. Blant disse svarer 23 respondenter for en kommune uten tiltak, 34 svarer på vegne av kommune som er prosjektleder for prosjekt/tiltak, og åtte responderer for kommuner som deltar i prosjekt/tiltak ledet av en annen kommune.¹² Prosjektledere i fylkeskommunene og forsknings- og kompetansemiljø har gjennomgående tett kontakt med kommunene og innsikt i deres folkehelsearbeid og tiltak. Vi har derfor analysert intervjudata fra disse to aktørgruppene i sammenheng med de to andre datakildene når vi har vurdert programmets nytteverdi og kommunenes utfordringer i tiltaksutviklingen.

Substansielt sett diskuterer vi i kapittelet om programmets virkemidler tilrettelegger for et systematisk og kunnskapsbasert folkehelsearbeid, eksempelvis gjennom bruk av styringsdata i tiltaksutformingen og evalueringsopplegg. Vi diskuterer *betingelsene* for tiltaksutviklingen i kommunene ved å se på hvilke funksjoner ved programmet og ved kommunene som fremmer og hemmer tiltaksutviklingen. Vi vil i denne sammenheng diskutere forholdet mellom kunnskapsbasis og innovasjon, og mellom forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap og tilnærminger som fremmer disse i programmet. Vi ser i denne sammenheng på hva kommunene opplever som suksessfaktorer og barrierer i tiltaksutviklingen. Vi vil diskutere samarbeid, medvirkning og samskaping, samt organisering av tiltaksprosjekter og kommunenes ressurser. Vi tar også for oss erfaringene om programmets nytteverdi blant kommuner uten tiltak.

¹² To respondenter har ikke svart på spørsmålet om de representerer en kommune med eller uten tiltak.

5.2 Kjennetegn ved kommunenes tiltak

Hva kjennetegner kommunenes tiltak, hvilke mønstre ser vi i tema, målgrupper og arenaer for tiltaksutvikling? Vi skal først og kortfattet gjennomgå disse mønstrene på grunnlag av dokumentanalysen, og gi eksempler på tre representative tiltak før vi diskuterer tiltaksutviklingen i kommunene.

I dokumentanalysen gjennomgår vi rapportering for de 142 tiltakene, som var rapportert inn per april 2020. Tiltak igangsatt med tilskudd og rapportert etter dette tidspunktet er ikke inkludert i datamaterialet. Per mars 2022 ligger 150 tiltak beskrevet på forebygging.no sin side om program for folkehelsearbeid i kommunene.

5.2.1 Utfordringsbilde og mål

Det store bildet som tegner seg i dokumentanalysen er at alle tiltakene har psykisk helse som *hovedområde* for tiltaket, og at i underkant av 1/3 av tiltakene kopler psykisk helse til rusforebygging. Kun tre tiltak har vold og overgrep som hovedområde.

Av de 142 tiltakene har 98 nevnt psykisk helse som en del av selve *utfordringsbildet*. Samtidig samvarierer psykisk helse med andre sentrale utfordringer/tema i kommunenes rapportering: utenforskap/deltakelse, lavinntekt, frafall, bo/nærmiljø og rus.¹³ Kun fire av tiltaksrapporteringene nevner kriminalitet, som del av utfordringsbildet eller i forskningsmessige begrunnelse for tiltaket.

I målformuleringen varierer detaljeringsnivået i stor grad, og flere tiltak er kategorisert på flere tema da de tjener henholdsvis effektmål og resultatmål, selv om dette som oftest ikke er uttalt. Vi har derfor gjort en egen gjennomgang av den helhetlige målformuleringen. Majoriteten av dem beskriver både effektmål og resultatmål, mens en fjerdedel beskriver enten kun effektmål (for eksempel å styrke psykisk helse og livskvalitet blant barn og unge), eller resultatmål (for eksempel at det er en høyere andel ungdommer som føler at de har noe meningsfullt å gjøre i fritiden). I tabell 5.1 ser vi hvordan målformuleringene fordeler seg på tema blant tiltakene som vi har analysert i dokumentstudien.

Tabell 5.1: Innhold i tiltakenes målformulering.

Tematisk innhold i målformulering	Antall treff i målformuleringer
Inkludering, deltagelse, hindre utenforskap	61
Forebygge og redusere rusbruk	15
Kompetanseheving	7
Relasjonell, emosjonell kompetanse	58
Bedre kunnskapsgrunnlag	10
Bedre praksis og tjenester	69
Øke fysisk aktivitet	2
Etablere fritidstilbud for barn og ungdom	17
Bedre psykisk helse og livskvalitet	56
Mindre vold og overgrep	2

Kilde: Tiltaksrapportering, dokumentanalyse, basert på kategorisering i NVIVO.

Som tabellen over viser, er det samtidig overveiende mål om at tiltaket skal bidra til mer inkludering, som hovedsakelig dreier seg om *inkludering* (universelt sett) i *lokalsamfunnet*, på sosiale arenaer,

¹³ Psykisk helse samvarierer 38 ganger med utenforskap/deltakelse, 24 ganger med lavinntekt, 19 ganger med frafall, 18 ganger med bo/nærmiljø og 17 ganger med rus.

og i fritidsaktiviteter. Dette handler i stor grad om ungdom, som er den målgruppen det rettes størst oppmerksomhet mot i folkehelseprogrammets tiltak.

Vi ser også i dokumentstudien at mange tiltak vektlegger *demokratisk deltakelse*- både i lokalpolitikk og kommunens planlegging (slik som ungdomsråd og medvirkningsprosesser i utvikling av tjenester). Vi har kategorisert hele 69 tiltak under mål om å bedre praksis og tjenester.

Mange av tiltakene har dessuten som siktemål å *øke kunnskap og styrke kompetansen i kommunale tjenester*. Her varierer målformuleringene; Mange av målene retter seg også inn mot å styrke barn og ungdoms mestringsfølelse- og evne, robusthet, og i sin tur psykisk helse og livskvalitet, enten ved å skape eller videreutvikle arenaer, bygge relasjonskompetanse og/eller ved å øke voksnes kompetanse og kunnskap. Det er også mange tiltak som retter seg mot bedre tverrsektorielt og tverrfaglig samarbeid.

I tabellen nedenfor vises hvordan mange tiltak også er opptatt av bedre kommunal praksis og tjenester, spesielt i å øke samarbeid og medvirkning:

Tabell 5.2: Tiltak med mål om ulike typer samarbeid

Samarbeidsformer	Antall tiltak
Tverrsektorielt samarbeid i kommunen	23
Forbedring kommunal praksis/tjenester	3
Samskaping	8
Involvering/medvirkning	22
Inkludering	9

Kilde: Tiltaksrapportering, dokumentanalyse, basert på kategorisering i NVIVO.

Inkludering og motvirkning av sosial ulikhet i helse er et viktig målområde i mange av tiltakene, som i hovedsak innebærer en universell tilnærming. De retter seg i stor grad mot ungdom eller barn og unge. Folkehelseperspektiver har langt på vei blitt internaliserte slik de kommer til uttrykk i tiltaksbeskrivelsene. Dette gjelder spesielt for universelle tilnærminger og forebygging.

Vi har derimot stilt oss spørsmål ved hvordan sentrale folkehelsebegreper forstås og operasjonaliseres i programmet og i tiltakene.

5.2.2 Folkehelsebegreper i målsetting

Tabell 5.3 nedenfor lister sentrale folkehelsebegrep brukt i målformuleringene og opp mot målgruppene. Som tabellen viser, er det et overveiende mål om at tiltak skal føre til (livs-) mestring. Disse folkehelsebegrepene brukes gjerne i sammenheng, slik som at tiltak skal føre til *mestring, deltakelse og trivsel*. Negative faktorer for psykisk helse nevnes i målsettingen sju ganger for utenforskap, 22 ganger for rus, sju ganger for ensomhet og tre ganger for mobbing.

Tabell 5.3: Begreper brukt i tiltaksmål i henhold til målgrupper

Begrep målsetting og gruppe nevnt i	Bydel / Befolkning	Innva- n- drere	Barn/ barne- skole	Barn og unge	U n g d o m	VGS	E l e v e r	5-7 trinn	10 - 16 år	10 - 18 år	13 - 20 år	16 - 24 år	U n g e	An t all
Tilhørighet	1			4	4	1	2			1		1	1	16
Mestring (livsmestring)	1		2	24	6	2	2				1		2	40
Trivsel	1	1	1	11	3	1				1		1	1	21
Deltakelse og inkludering	3	1		9	7							1	1	22
Redusere sosial ulikhet/ universelt betonet ('alle)	3		2	7	1					1				14
Involvering/ medvirkning	2	1		12	5								2	22
Skape arena/ møteplass	3			9	8			1	1			1	2	25
Skape fritidsaktivitet	1		1	8	4								1	15

Kilde: Tiltaksrapportering, dokumentanalyse, basert på kategorisering i NVIVO.

5.2.3 Målgrupper og arenaer

Den dominerende *målgruppa* er barn og ungdom, med flest tiltak rettet mot ungdomsgruppa. For en stor del av tiltakene er også foreldre/foresatte og ansatte i tjenestene oppgitt som målgrupper. Den dominerende *arenaen* for tiltakene er skole, dernest fritidsarenaer og forebyggende helsetjenester. De fleste tiltak retter seg mot flere arenaer samtidig. Hovedarena er *skole* blant alle fylkene, men mange tiltak vektlegger også å skape arenaer for mestring og livskvalitet på tvers av fritidsarenaer/ aktiviteter og i nær- og bomiljø.

Med ungdom som målgruppe har mange kommuner satt søkelys på påvirkningsfaktorer for psykisk helse; Utenforskap og manglende deltakelse, lavinntekt, frafall i videregående skole og bo/nærmiljøets kvaliteter. Mange kommuner peker på utenforskap og ensomhet som en hovedutfordring, hvor symptomet som pekes på er manglende deltakelse på arenaer eller aktiviteter.

5.2.4 Overordnede mønstre i tiltaksutviklingen

Hvilke begreper som brukes i målformuleringene er interessant, spesielt siden tiltaksutviklingen skal være kunnskapsbasert, og fordi det folkehelsebegrepslige apparatet er komplekst. Begreper som er mest brukt er *tilhørighet*, *deltakelse*, *inkludering*, *utenforskap*, *robusthet*, *trivsel*, og ikke minst *mestring/livsmestring*, som har fått et stort fokus i folkehelseprogrammet. Dette er begreper som griper inn i hverandre (Hofstad og Bergsli 2017), som kan bli upresise, og som i enkelte tilfeller fremstår som rene fyndord.

Av mange ulike *mål* for tiltakene, er de mest fremtredende å bedre praksis og tjenester, fremme inkludering og deltakelse og hindre utenforskap (inkludert demokratisk deltakelse) og øke relasjonell/emosjonell kompetanse hos barn og ungdom og/eller foreldre/foresatte og ansatte. Samlet sett svarer disse kjennetegnene til programmets mål, men med generelt få eksplisitte mål om rusmiddelforebygging (samt vold og overgrep).

Tiltakene viser i hovedtrekk kompleksiteten i folkehelsearbeid, som en stor del av kommunene målbærer ved å rette innsats mot forebygging, flere påvirkningsfaktorer for helse, flere arenaer og målgrupper. En stor andel av tiltakene er også rettet mot å forbedre eller utvikle tjenester og praksis.

Dette skal skje gjennom utvikling av sosiale arenaer/ mestringsarenaer, kompetanseheving, kunnskapsinnhenting og utvikling av nye samarbeidsrelasjoner for å styrke barn og unges livskvalitet og psykiske helse. Mange tiltak er dessuten rettet mot å styrke foreldrenes relasjonskompetanse, eller å utvikle kommunale tjenester eller tilbud for å gjøre foreldre mer trygge eller øke kunnskapen deres, for eksempel om rus. Til sist peker en stor del tiltak på betydningen av å inkludere barn og unge i utviklingen av tiltaket eller i lokalsamfunnsutvikling mer generelt. Det er slik et stort søkelys på medvirkning av målgruppa, både i utforming av tiltak rettet mot barn og unge direkte, og indirekte i tiltak med mål om å styrke tjenesteapparat og foreldrekompetanse.

5.2.5 Eksemplifisering av tiltak

Vi vil her kort gjengi tre tiltak beskrevet på forebygging.no som illustrerer *typiske* tiltak. De 142 tiltakene som er gjenstand for dokumentanalysen dekker et spekter av innretninger, men der noen aktiviteter peker seg ut som sentrale på tvers av fylker og tiltak: å styrke læringsmiljø, å skape arenaer for deltakelse, og å styrke samarbeidet om barn og unges psykiske helse. Vi vil derfor trekke frem tre eksempler på tiltak som er illustrerende for temaene. I tillegg tar de for seg noen faglige tilnærminger som er relevante for fremtidig tiltaksutvikling: *relasjonskompetanse*, *avgrensning* av målgruppen barn/unge, og *samskaping* som et skritt videre fra samarbeid.

Skole og læringsmiljø: Lørenskog kommunes tiltak «Gode relasjoner – godt skolemiljø»

Formålet med prosjektet er å fremme livsmestring og et trygt psykososialt læringsmiljø for alle elever gjennom styrket relasjonskompetanse hos ansatte i skolen. Direkte mottakere av tiltaket vil derfor være ansatte som møter barn og unge på skolen i det daglige, både undervisningspersonell, ledelse og de ansatte ved skolefritidsordningen (SFO). Med mulighet for utvidelse til relevante aktører i nærområdet som fritidsarenaer, deriblant idrettsklubber.

Fritidsarenaer: Sør-Varanger kommunes tiltak «Robuste barn og unge i Sør-Varanger»

Vi ønsker å etablere åpen hall/møteplass, et samlingssted for uorganisert fysisk aktivitet, for kultur og som «hengeplass» for ungdom. Tilbudet vil også legge til rette for aktuelle temaundervisninger/samtaler, forskjellig kurs, eksempelvis matlagingskurs for ungdom osv. Tiltaket vil særskilt også fokusere på å romme hybelboere fra videregående skole. Tiltaket vil inkludere arbeid med digital kommunikasjonsplattform og kommunikasjonsmidler, som for eksempel bussforbindelser. Målgruppe: Barn og unge 12 – 20 år.

Mestring og samarbeid: Kinn kommunes tiltak «Barn og unges psykiske helse i Kinn»

Saman med ungdom, born, foreldre, frivillige lag, forskingsmiljø og samarbeidspartar i kommunen ynskjer vi saman å auke kunnskap og gjere kvardagen enklare å handtere for ungdom og familiar. Gjennom å kartlegge blant anna søvn, aktivitet og skjermbruk til ungdommen saman med dei og foreldre er noko vi ynskjer å gjere. Ut frå dette ønskjer Kinn å sjå kva tiltak som kan gjerast, kva vi allereie har av tiltak og korleis vi kan endre og auke fokuset på dette området innan livskvalitet og psykisk helse saman.

5.3 Kunnskaps- og forskningsbasis i kommunenes tiltaksutvikling

I dette avsnittet (5.3) skal vi diskutere hvordan kommunenes tiltak bygger på utfordringsbilder, som kommuner drøfter i kommuneplanens kunnskapsgrunnlag og i folkehelseoversikten, som også bygger på styringsdata. Dette er interessant å diskutere da det indikerer hvorvidt programmet møter mål om å bidra til kunnskapsbaserte tiltak og bruk av styringsdata.

I henhold til Folkehelseloven skal det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene bygge på en folkehelseoversikt. Oversikten skal bidra til at arbeidet er kunnskapsbasert og rettet mot det

utfordringsbilde som peker på faktorer og utviklingstrekk i miljø og lokalsamfunn som kan innvirke på befolkningens helse (§5c). Kunnskapsgrunnlaget skal inkludere helseopplysninger fra både statlige og fylkesmessige datakilder (styringsdata), og fra kommunale helse og omsorgstjenester (§5a og b).

Program for folkehelsearbeid i kommunene har som mål å styrke bruken av styringsdata, slik som folkehelseoversikten og Ungdata. Dette er virkemiddel for kunnskapsbaserte tiltak spesielt, og for kunnskapsbasert folkehelsearbeid i kommunene generelt. Tiltakshavere i programmet rapporterer derfor om hvilket utfordringsbilde og kilder de har benyttet i utformingen av tiltak. Vi skal her innlede denne delen om tiltaksutvikling i kommunene med å vurdere dette kunnskapsgrunnlaget. Deretter diskuterer vi forholdet mellom kunnskapsbasis og innovasjon i utviklingen av tiltak.

Vi kan skille mellom to former for kunnskap som gjør seg gjeldende som grunnlag for tiltaksutviklingen. Den ene formen for kunnskap handler om problemet som skal løses, og hvor for eksempel helsefaglig kunnskap og ekspertise og evidensbasert forskning kommer inn. Den andre formen for kunnskap handler om kompetansen om prosjekt- og forsknings/metode-design, hvor evalueringskompetansen i dette programmet er viktig. Kunnskapsbaserte tiltak forutsetter begge kunnskapsformene.

I tillegg til tiltaksstøtte i program for folkehelsearbeid bruker Helsedirektoratet andre virkemidler for å bidra til å videreutvikle det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet, der [hjemmesiden](#) er en viktig ressursbase. Fysiske konferanser gjennomføres i programmet, mens nettbasert veiledningsmaterieell er tilgjengelig gjennom strømmede webinarer og fagkonferanser, i tillegg til veiledere og andre verktøy. De seks webinarene avholdt våren 2021 favnet temaene begrepsavklaringer (webinar om sosial bærekraft og folkehelse), samarbeid, bruk av forskningskunnskap og evaluering, og løpende oversiktsarbeid i kommunen. Dette er tema som vi i vår undersøkelse finner er utfordrende for kommunene, og som vi vil diskutere i kapittelet.

5.3.1 Identifisering av utfordringsbilde og bruk av styringsdata

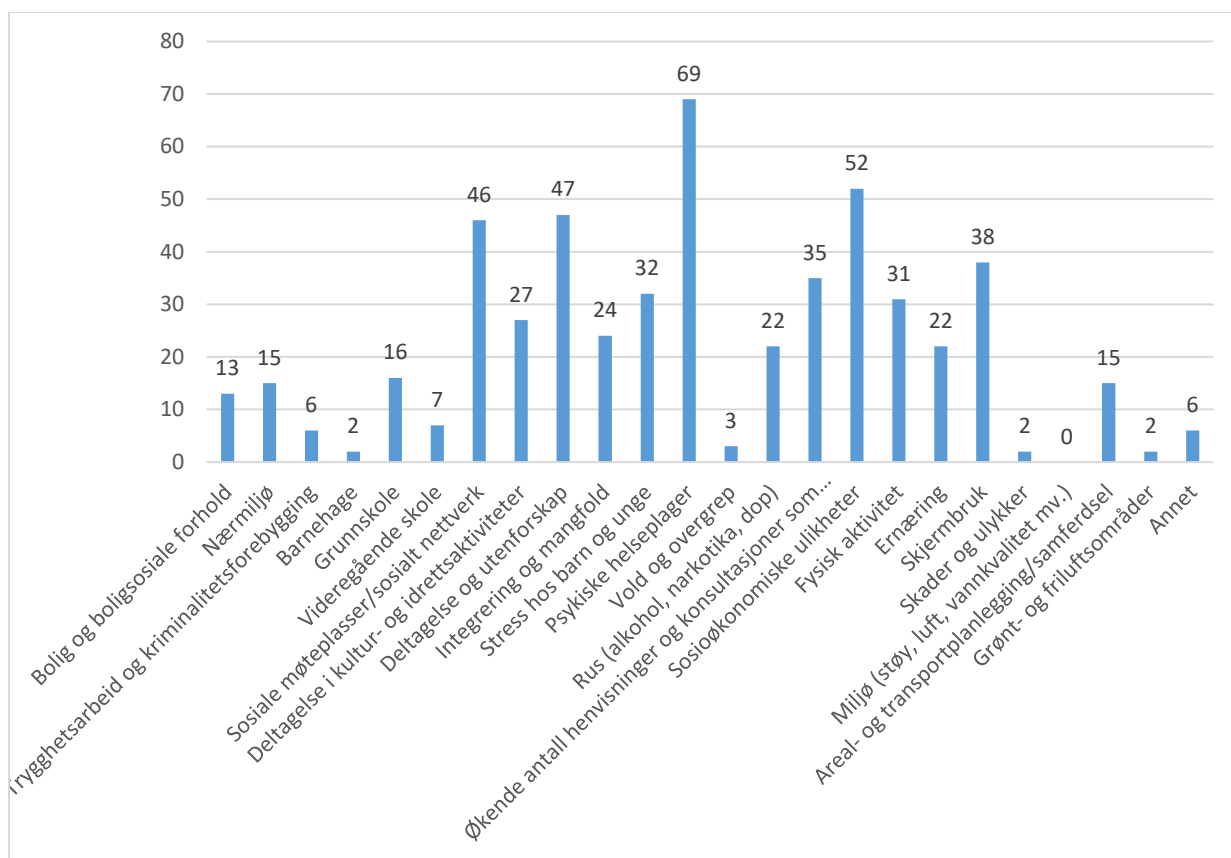
Program for folkehelsearbeid sitt delmål 2 er at «Kommunene har tilgang til og bruker relevante styringsdata som gir oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer». Programmets kjernevirkemidler for å fremme et kunnskapsbasert folkehelsearbeid rettet mot barn og unge i kommunene er tilskudd til langvarige tiltak og en støttestruktur bygd opp gjennom fylkeskommunens koordinerende og veiledende rolle.

I dokumentanalysen finner vi at programmet bidrar til bruk av styringsdata blant kommunene som utformer tiltak, ikke minst gjennom fokus på utfordringsbildet i søknads- og rapporteringsskjema. Vi finner at majoriteten av de 142 tiltakshaverne har utviklet tiltak på grunnlag av resultater fra styringsdata. Dette gjelder særlig folkehelseoversikten og Ungdata, mens et fåtall peker på elevundersøkelsen og erfaringsbasert kunnskap.

Nedenfor viser vi hvordan respondentene fra kommuner i de tre casefylkene våre har svart i spørreundersøkelsen, på spørsmål om hvilke tema/områder kommunen har de største folkehelseutfordringene som gjelder barn og unge.

Som figuren viser er det ikke overraskende psykiske helseproblemer blant barn og unge som flest fremhever som blant de største folkehelseutfordringene, etterfulgt av sosioøkonomiske ulikheter, deltakelse og utenforskap og mangel på sosiale møteplasser. I dokumentstudien ser vi også at disse utfordringene toner høyest, som vi diskuterte i avsnitt 5.2.

Figur 5.1: Kommunens største folkehelseutfordringer som gjelder barn og unge? Prosent. N= 68.



I spørreundersøkelsen får vi innspill som viser hvor komplekst det er å analysere årsakskjedene og avgjøre hvor man faktisk kan eller skal sette inn tiltak, som en respondent til spørreundersøkelsen sier det, «[Det er] vanskelig å avgjøre hvilke risikofaktorer som har mest å si, og som derfor er mest relevant å jobbe mot». Forskjellene vil tegne seg etter hvor høyt opp i utfordringshierarkiet man velger å holde fokus; på overordnede psykiske helseutfordringer eller på mangel på møteplasser for å forebygge disse helseutfordringene. Kanskje er det i denne sammenhengen viktig å spørre om tiltakene treffer på riktig sted i forebyggingstrappa, eller om det store tilfanget av møteplasser som er tema for tiltak ikke vil ha den ønskede effekten i henhold til kommunenes utfordringsbilder.

Kommunene blir bedt om å rapportere på «Forskningmessig begrunnelse», som peker på den detaljerte fagkunnskapen, implisitt på evidensbasert forskning. Det blir her et spørsmål om ressurser og kompetanse i kommunen til å sette seg inn i nyere forskning og fylkeskommunens og FoU/kompetansemiljøenes kunnskapsdeling. For sistnevnte avhenger denne muligheten også av hvor forskjellige tiltakene i fylket er. I noen fylker er det større likhet i tematisk innretning, for andre er det større regional spredning.

5.3.2 Kunnskapsbasis eller forskningsbasis?

Opplegget for programmet legger seg nært opp til en forskningsbasert tilnærming. Spesielt for evalueringsopplegget tyder rapporteringene på at dette er krevende for mange tiltakshavere. Her spiller samarbeidsorganene og fylkeskommunenes veilederrolle en viktig rolle for hvordan kommunene greier å utvikle kunnskapsbaserte tiltak, og i hvilken grad de må ligge nært opp til forskningsopplegg. Et spørsmål er om innretningen får betydning for hvilke kommuner som *ikke*

søker eller får støtte til tiltak. Kommuner som mangler kompetanse og tidsressurser vil med sannsynlighet ha utfordringer med å utvikle tiltak som er forskningsbaserte.

Fylkeskommunene har gjennomgående fokus på kommunenes behov for støtte til en forskningsbasert tilnærming, der det spesielt er evalueringsdelen som får størst oppmerksomhet. Fylkeskommuner har involvert forsknings- og kompetansemiljø tidlig i prosessen, for å sikre støttefunksjoner om et forskningsbasert tiltaksopplegg. For en kommunerespondent til spørreundersøkelsen vår imidlertid det første møtet med forskningsmiljøet en negativ erfaring. Utsagnet er ikke representativt for erfaringene beskrevet av informanter i materialet vårt, men den setter på spissen utfordringen en del kommuner har med prosjektdesignet som programmet legger opp til:

[Jeg] opplevde første møte med Fylkeskommune og FoU-miljøer negativt, dette var arrangert som [et opplegg] hvor alle potensielle søkere kunne legge fram sine prosjekter å få tilbakemeldinger. [Jeg] opplevde at jeg ble "grillet" av enkelte fra FoU, og at min kompetanse om forskning ikke matchet deres forventning.

Respondentene i spørreundersøkelsen i casefylkene representerer prosjektleder for tiltak, ansvarlig for tiltak i samarbeidskommune, og folkehelsekoordinator i kommuner uten tiltak. Selv om en stor andel av respondentene har høyere utdanning med en samfunnsvitenskapelig bakgrunn, og dermed er godt kjent med forskningsarbeid, er det en større andel som har en fagbakgrunn som med sannsynlighet ikke inkluderer forskningsutdanning (slik som i helsefaglig bakgrunn). Det vil derfor for en god del tiltakshavere være et stort behov for støtte og opplæring i forskningspraksis. Slik støtte har blitt tilrettelagt på fylkesnivå, hvor det har vært viktig at forskningsmiljøer har bidratt i målformuleringer for tiltak, ikke minst for å sikre evalueringsopplegget i senere fase. En forsker som har en viktig rolle i et av casefylkenes program, gir sitt syn på hva kommunene trenger hjelp fra forskningsmiljøer til:

Vi erfarer at (...) de vil gjerne få til mange ting, men ikke alt de ønsker å få til trenger å plasseres i programmet, det skal passe inn i programmets profil. Vi hjelper dem litt på vei. [De trenger hjelp til å] få satt opp gode mål for prosjektet, som er evaluerbare, og til å sortere hva kan de gjøre på egevaluering og hva kan vi bidra med på eksternevaluering. Hovedutfordringen har nok vært å få til å forankre det godt, organisere seg i kommunen, tverrsektorielt samarbeid. I noen kommuner blir ofte folkehelsekoordinator sittende alene med det, det er en utfordring. Vi kan ikke hjelpe så veldig mye med det. [Vi har] sett det som en stor utfordring.

Forskjellen mellom et *forskningsarbeid* og et *tiltaksarbeid* er at sistnevnte for de fleste kommuner har et større fokus på omsetting av mål til handling for å få resultater, altså at nytteverdien er viktigere enn i et forskningsarbeid, der eksperimentering og utforskning er mer i forgrunnen. Det blir derfor sentralt at prosjektmål både er evaluerbart og forankret, som forskeren indikerer.

I dokumentstudien tyder svarene gitt i rapporteringsskjemaet om evaluering på usikkerhet blant tiltakshaverne. En del kommuner har for eksempel beskrevet metodisk opplegg for utvikling av tiltak heller enn hvordan tiltaket skal evalueres. Utvikling av evalueringsopplegg er også en utfordring Sintef peker på i sin følgeevalueringsrapport. Samtidig har en stor gruppe tiltakshavere i rapporteringen navngitt forsknings- og universitetsmiljø som skal bistå eller stå for evalueringen. Denne støtten gir kommunene/prosjektgruppene mer evalueringskunnskap, som tiltak i kommunene generelt vil ha god, om ikke uvurderlig nytte av.

En fylkesprosjektleder mener evalueringskravet er et viktig ledd i tiltaksutviklingen, men at fylkeskommunenes tilretteleggende rolle og forskningsmiljøers veiledningsbistand er sentralt for at kommunene i resten av utviklingsprosessen får fullverdig nytte av programmet og prosjektarbeidet. Hen mener at kravet om evaluering er veldig bra, men at det også har skap «litt høye skuldre». Fylkeskommunen har derfor tatt initiativ overfor FoU-miljøet om å danne et læringsnettverk, «der

kommuner kan få veiledning i de ulike fasene, ikke minst i tolkningsarbeid av resultater og slutføringsarbeid, hva skal en trekke ut som de viktigste læringspunkter. Det kan være en spennende samarbeidsmåte». Dette perspektivet på evalueringens rolle i tiltaksutviklingen er interessant for programmets mål om å styrke mulighetene for at tiltak får varige virkninger, og at læringspotensialet ved denne formen for prosjektarbeid benyttes til å anpasse tiltaket til det langsiktige folkehelsearbeidet.

Kommunene ser ut fra vårt datamateriale ut til å verdsette fylkeskommunenes tilrettelegging for erfaringsutveksling. Samtidig kan det være vanskelig for kommuner å igangsette eksperimentelle tiltak, gitt kommuners innretning mot nytteverdi og behovet for forankring og legitimitet til tiltak.

5.3.3 Mellom kunnskapsbasis og utprøving

Hvilke muligheter har tiltakene til innovasjon, gjennom utprøving av og eksperimentering med nye idéer? Slik tiltakene er utformet og rapporteringen skal foregå er det forsknings (evidens)-baserte i førersetet. Samtidig er det noen kommuner som viser til ønske om utprøving og nyskaping. Er det rom for å utforske nye former for tiltaksutvikling mv. i rammen av programmet? Gjennomfører kommunene aktiviteter for å fylle hull (pga. ressurser) eller gjør de noe de ellers ikke ville ha satset på? Og er det viktigst for kommunenes folkehelsearbeid at tiltakene er nyskapende, eller er det viktigst for programmet at de genererer ny kunnskap?

5.3.3.1 Erfaringsdeling og tiltakstyper

Tabellen nedenfor antyder om kommuner velger tiltak som gjennomføres andre steder sier noe om hvorvidt erfaringer i tiltaksutvikling er kjent eller, om tiltakshavere prøver ut nye tiltak.

Tabell 5.4: Tiltakets bakgrunn i kjennskap til tiltak andre steder.

Bygger tiltaket på kjennskap til tiltak andre steder (hvilke)?	
Internt i kommunen	17
I fylket	23
Landet ellers	71
Internasjonalt	20
Tydelig uttalt nei	22

Kilde: Tiltaksrapportering, dokumentanalyse, basert på kategorisering i NVIVO.

I dokumentanalysen finner vi at blant tiltakene som baseres på erfaringer *internt i samme kommune* rapporterer 17 tiltakshavere at tiltaket er en videreutvikling eller systematisering av utprøving og opplegg for tiltak i kommunen. Her dreier det seg om piloter, utvidelse av samarbeid, tilpasning til andre sektorer/tjenester, fornye modeller, evaluere og implementerte tiltak, eller som det rapporteres om i et interessant tilfelle, å bygge noe nytt gjennom evaluering av tiltak som er gjennomført: «Prosjektet skal evaluere tiltak som allerede implementeres i [...] kommunen, samt utforme innovative tiltak basert på resultater fra evalueringen». Denne kommunen skiller seg altså ut ved å bygge på egne erfaringer i utprøving av nye metoder.

De 23 tiltakene som bygger på erfaringer kjent fra *fylket* forøvrig, dreier seg om kommuner og fylkeskommuner som har gjennomført tiltak med samme tema, metodikk eller på samme arena. De fleste rapporterer ikke i dybden hvilken erfarings- og kunnskapsoverføring det dreier seg om. Flest kommuner svarer at de har kjennskap til tilsvarende tiltak i *landet ellers*. Her rapporteres det gjerne generelt, og uten utdypinger. Samtidig er det flere tiltakshavere som viser til samhandling mellom kommuner på tvers av landet der disse gjennomfører like eller lignende tiltak.

Når det gjelder kjennskap til *internasjonale tiltak* viser tjue kommuner til modeller, prosjekter og forskning, spesielt fra Skandinavia (for eksempel Islandsmodellen). Forøvrig er en del eksempler fra USA, og fra noen andre europeiske land, primært med henvisning til forskningsmiljø. Det nye med slike tiltak kan være å prøve det ut i en norsk kontekst.

De mange regionale samlinger med erfaringsutveksling mellom kommuner kan få den følge at kommuner trækker opp gamle spor, eller velger like tiltak på tvers av kommunene, som en prosjektleder i et fylke forklarer:

[D]et som ofte går igjen er at når en samler ulike aktører og har idemyldringer, blir tematikken overraskende lik når de vurderer utfordringer. Men ikke noe unikt, eller mønstre i hvilke kommuner det gjelder. Men foreldrestøtte er en kategori, det å styrke ungdommen en annen, møteplasser for ungdommer som helsefremmende, hvordan bygger en møteplasser med vanskelig infrastruktur i distriktskommuner generelt. Utearenaer i 4-5 kommuner, som har skolegården og uteområder som sitt fokus.

Det kan være fordeler og ulemper ved at flere kommuner i et fylke gjennomfører like tiltak. På den ene siden vil det lærende nettverket fylkeskommunen tilrettelegger for være til hjelp i selve tiltaksutviklingen, gjennom erfaringsdeling. På den andre siden blir ikke tiltaksutviklingen nødvendigvis basert på kommunens utfordringsbilde, med reduksjon av relevans som potensiell ulempe. Rammebetingelse for å drive nyskapende arbeid er dessuten ulike blant kommunene. De er avhengige av ressurser, kompetanse, ledelse og organisasjonskultur.

5.3.3.2 Kultur for innovasjon og samskaping

Ledelses- og organisasjonskultur for innovasjon og utviklingsarbeid vektlegges av en fylkesprosjektleder for kommunenes evne til å igangsette nyskapende tiltak:

Bottom-up tilnærmingen, identifisere behov, samskaping osv., har skapt mobilisering og eierskap. Så er det en utfordring med eierskap og forankring i en kommune der det er fokus på drift og forefallende arbeid. Utviklingsarbeid i en omskiftelig tid er krevende. Bottom-up gir mobilisering og forankring, [mens] implementering i videre drift er en utfordring. Noen kommuner er mer klare for å drive utviklingsarbeid, med større forståelse for innovasjon, og mer støtte i ledelsen enn andre. 'Readyness for innovation'. I noen kommuner vil de gjøre endringer, [som dette prosjektet], mens andre sliter med organisasjonsstrukturen. Muligheten for å lykkes med innovasjon og samskaping [er et] et ledelsesaspekt. Modenhet i kommunen [er viktig].

Norske kommuner har, kanskje spesielt i folkehelsearbeidet, et klart begrep om betydningen av samarbeid og samskaping, selv om det ikke i samme utstrekning er implementert i praksis. Når det gjelder innovasjonsperspektivet peker prosjektlederen på ansvaret som ligger hos kommunal ledelse for å endre organisasjons-kulturen, inkludert å rigge kommuner for samskaping.

Vi skal komme tilbake til utvikling av samarbeidsrelasjoner, etter at vi har sett på evalueringspraksis og bruk av midler i tiltaksutviklingen. Som Sintef i sin følgeforskningsrapport konkluderte, har evaluering vært en utfordring i tiltaksarbeidet. Som del av forskningstilnærmingen vektlagt i programmet, er evaluering det viktigste grepet i prosjektdesignet. Spørsmålet er hvordan kommunene planlegger og gjennomfører evaluering, og hvordan programmets virkemidler rigger for dette. Erfaringene med evaluering indikerer også hvorvidt kommunene i neste etappe vil være beredt til å implementere tiltaket i kommunal drift på en hensiktsmessig måte.

5.3.4 Evaluering

I rapporteringen fra kommunene i dokumentstudien finner vi at det fortsatt var stor uklarhet om evalueringsopplegg. Kommunene oppga i stor grad at de skulle gjennomføre egnevaluering i samarbeid primært med FoU-miljø, som tabellen nedenfor viser. Bare et fåtall kommuner rapporterte at de ikke har avklart hvem som skal gjennomføre evalueringen. Rapporteringen viser imidlertid stor usikkerhet om hvordan evalueringsopplegget skulle gjennomføres.

Tabell 5.5: Gjennomføring av evaluering

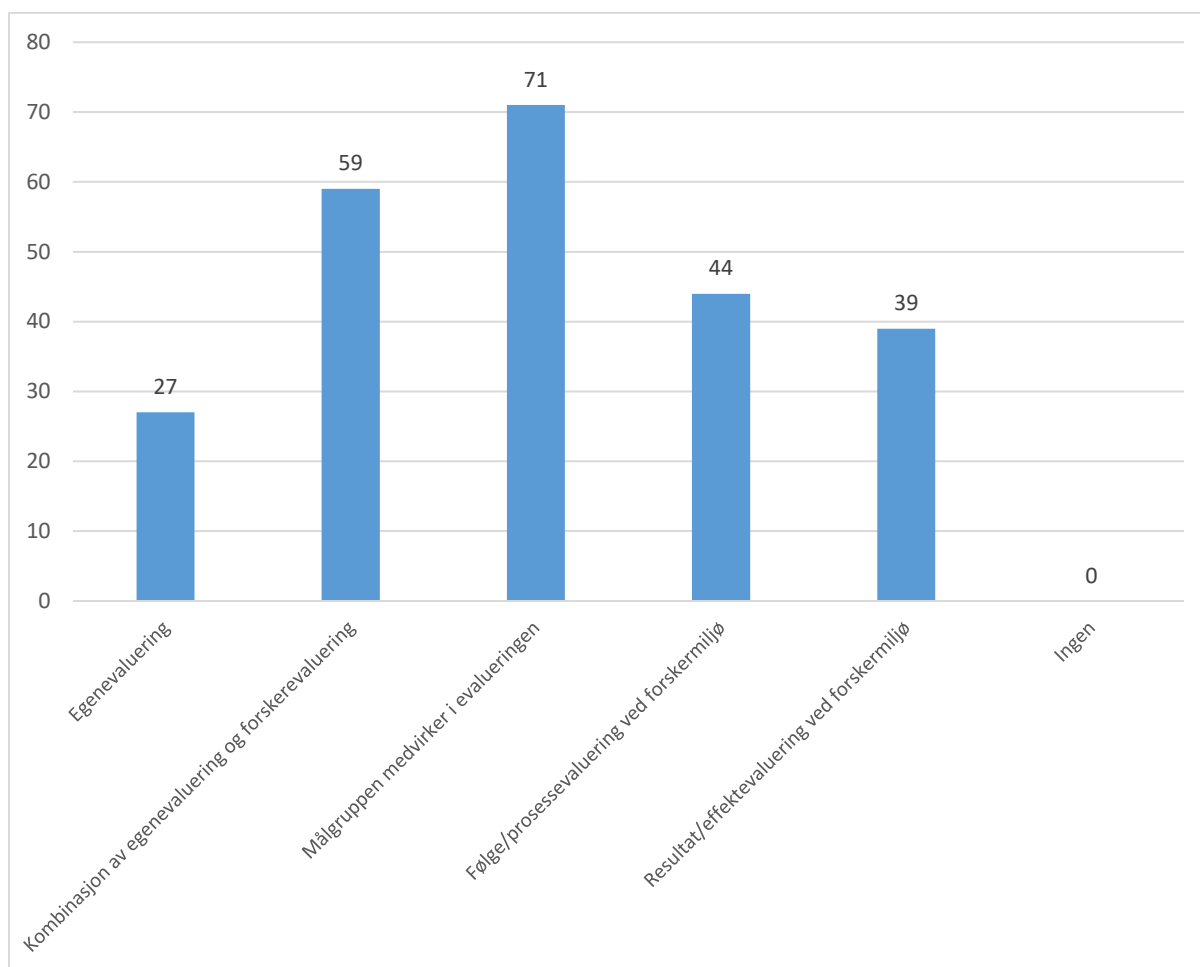
Hvem gjennomfører evalueringen	
Egenevaluering	107
FoU- eller kompetansemiljø i eget fylke	84
FoU- eller kompetansemiljø utenfor eget fylke	13
Ikke avklart	7

Kilde: Tiltaksrapportering, dokumentanalyse, basert på kategorisering i NVIVO.

I det som for mange kommuner var tidlig prosjektfase rapporterte tiltakshaverne i størst grad at de skulle gjennomføre egenevaluering, mens mange kommuner også planla å gjennomføre den i samarbeid med forsknings- eller kompetansemiljø i eget fylke. Enkelte kommuner har dessuten satset på ren ekstern evaluering. Det er også interessant å merke seg at enkelte kommuner har hentet forsknings- eller kompetansemiljø utenfor eget fylke til å bidra til eller gjøre evalueringen. Dette kan ha sammenheng med at tiltakets tema krever substanskunnskap og støtte fra forskningsmiljøer som ikke finnes i eget fylke. Samtidig vil det være interessant å gjøre en samlet vurdering i programmets avslutningsfase av den faktiske nytteverdien av egenevaluering versus/ i kombinasjon med eksternevaluering for kommunenes kompetansenivå og for tiltaksevaluering.

Av de 41 kommunene som i spørreundersøkelsen har svart på hvilken evaluering tiltaket har, sier flest respondenter at opplegget er en kombinasjon av egenevaluering og forskerevaluering, slik også tiltaksrapporteringen overveiende vitner om. Vi ser også av figur 5.2 nedenfor at rundt 2/3 av respondentene svarer at målgruppen skal medvirke i evalueringen. Blant de kvalitative svarene oppgitt i spørreundersøkelsen til dette spørsmålet kommer det frem at målgruppa i størst grad skal være informanter, enten ved å besvare spørreundersøkelse eller intervjues.

Figur 5.2: Hva slags evaluering av prosjektet/tiltaket er det lagt opp til? Prosent. N=41.



I spørreundersøkelsens spørsmål om kommunen har fått etablert samarbeid med forskningsmiljø om evaluering, svarer hele 80 prosent av de 40 respondentene bekreftende. Når vi spør om hvordan samarbeidet med FoU-miljøer om evaluering ble etablert, svarer 13 respondenter at fylkeskommunen tilrettela for samarbeidet. Flere peker også på at etableringen skjedde på samlinger, idédugnader og speed-dates som fylkeskommunen organiserte. Flere svarer også at det har vært kontinuerlig kontakt gjennom hele prosjektiden, mens et par kommuner også viser til at samarbeidet eksisterte før de fikk støtte til tiltak i program for folkehelsearbeid.

På spørsmål om det har vært utfordringer ved evaluering, har vi kun fått svar av 30 kommuner (av 63 kommunerespondenter som enten leder eller er med på tiltak ledet av annen kommune). Blant de 30 som har svart på spørsmålet sier hele 77 prosent at de *ikke* har hatt utfordringer med evaluering. Grunnen til den lave svarprosenten kan være at evalueringsarbeidet har kommet for kort i planleggingen til at spørsmålet lar seg besvare blant flere kommuner. Dette kan også forklare en for lav svarandel for hvilke typer utfordringer det har vært. Et utdypende kvalitativt svar i spørreundersøkelsen fra en kommune som har kommet et stykke ut i evalueringsprosessen er likevel interessant:

[Jeg] opplever at arbeidet er langt mer omfattende enn vi hadde trodd, vi er svært delaktige selv i forskningen - det er kjempelærerikt og kjennes veldig rett, men krevende. Videre ser vi at det følger en del arbeid knyttet til databehandleravtaler etc. som vi ikke er så trent i i kommunen, og som tar mye tid å finne ut av.

Selv om tiltaks- og forskningsarbeid genererer kunnskap og ny erfaring, er det krevende for kommuner å bruke ressurser på denne type arbeid.

Det som i følge en fylkesprosjektleder kan bidra i denne sammenheng, er å formidle forsknings- og erfaringsbasert kunnskap på kommunesamlinger. Hen mener at prosessevaluering har vært veldig lærerikt for kommunene, og at formidling av evaluering, inklusive fallgruvene, i praksis har vært nyttig på kommunesamlinger, spesielt når forskningsmiljø har vært delaktig i evalueringen. Samarbeidet med forskningsmiljø om evaluering gjør også at lærdommen er nyttig for å gjennomføre egevaluering i senere prosjekter, ifølge fylkesprosjektlederen.

I dette fylket påpeker prosjektlederen betydningen av å gjøre samlinger på kommunenes premisser og behov, der formidlingsarenaen blir best når den kombinerer erfaringsdeling og forskningsformidling. I denne sammenheng er det viktig at ikke bare suksesshistoriene og best cases presenteres, men at problemer og mislykkede forsøk også diskuteres. Dette er ikke minst viktig når kommunene skal drive eksperimentelt og innovativt.

5.3.5 Bruk av midler

Kommunene har hatt ulike behov for økonomiske ressurser i tiltaksutviklingen. Vi har ikke gått dypt inn i hvordan kommunene har benyttet tilskudd utløst fra programmet til tiltaksarbeidet, men fikk i spørreundersøkelsen en oversikt over ressursbruk i tiltakskommunene i casefylkene våre.

Som vi ser av tabell 5.6 nedenfor brukes tilskuddsmidlene til flere formål, men de fleste kommunene som har svart på undersøkelsen viser til at tilskuddet har gått til aktiviteter i tiltaket. Det er også utbredt blant kommunene å bruke midler til frikjøp av ansatte og til evaluering. Midler brukt til annet er oppgitt å være frikjøp og innleie av prosjektledere/daglig leder, produksjon av materiell og kjøp av produkter slik som forbruksmateriell. Enkelte respondenter har sannsynligvis vurdert denne bruken av midler under «Aktiviteter i tiltaket».

Tabell 5.6: *Er prosjekt-/tiltaksmidlene planlagt brukt til følgende formål?
Absolutt frekvens. N=42.*

Formål	Totalt antall
Frikjøp av ansatte	27
Finansiering av nye stillinger	12
Aktiviteter i tiltaket (inkl. kompetanseutvikling)	33
Investeringer i utstyr og/eller fysisk infrastruktur (eks. uteområder)	12
Evaluering	28
Annet	7

En kommunerepresentant forteller i kvalitativt svar til spørreundersøkelsen at finansieringen plutselig ble halvert midt i prosjektperioden. Hen opplever dette som «uheldig og uforutsigbart. Det gjorde det vanskelig å realisere planlagte tiltak. Det må være en tydeligere forutsigbarhet for kommunene».

5.4 Kommunens samarbeid om tiltaksutforming

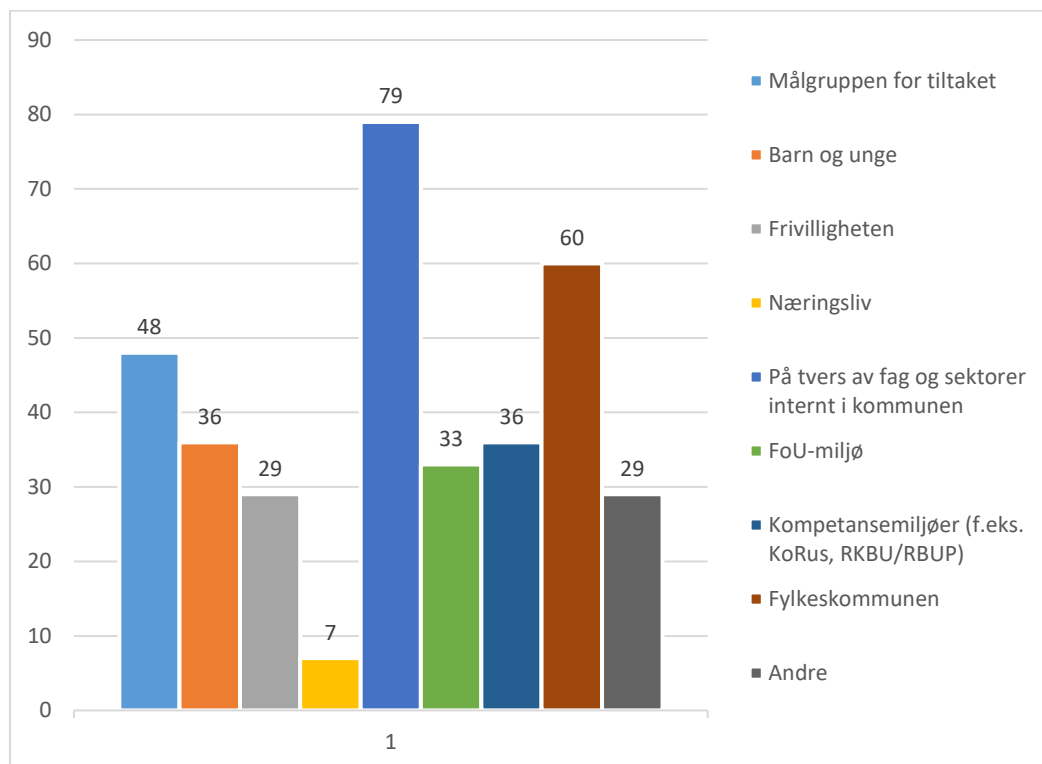
Samarbeid og samskaping er et virkemiddel i programmet for å fremme vellykkede tiltak. Samarbeid har betydning både for kunnskapsinnhenting, forankring, ressursbruk og mulighetene for at tiltaket videreføres i kommunal drift. Vi skal først diskutere hvem kommunene samarbeidet med i søknadsprosessen, før vi kommer inn på samarbeid i tiltaket og hvor fornøyd kommunene er med disse samarbeidsrelasjonene.

5.4.1 Samarbeid i søknadsprosessen

I tiltak der kommunen samarbeider i tidlig fase med målgruppa og relevante aktørgrupper, kan fordelene være større forankring, presisjon i mål- og problemformulering og mobilisering av aktører som kan bidra i tiltaksutviklingen. Vi skal derfor se nærmere på hvordan samarbeidet i søknadsprosessen er erfart i kommunene.

I dokumentanalysen var vi på utkikk etter *når i tiltaksløpet* det legges vekt på medvirkning. Et gjennomgående trekk er at fasene for medvirkning var lite spesifisert. I stor grad fremstår medvirkning som en kontinuerlig prosess gjennom tiltaket.

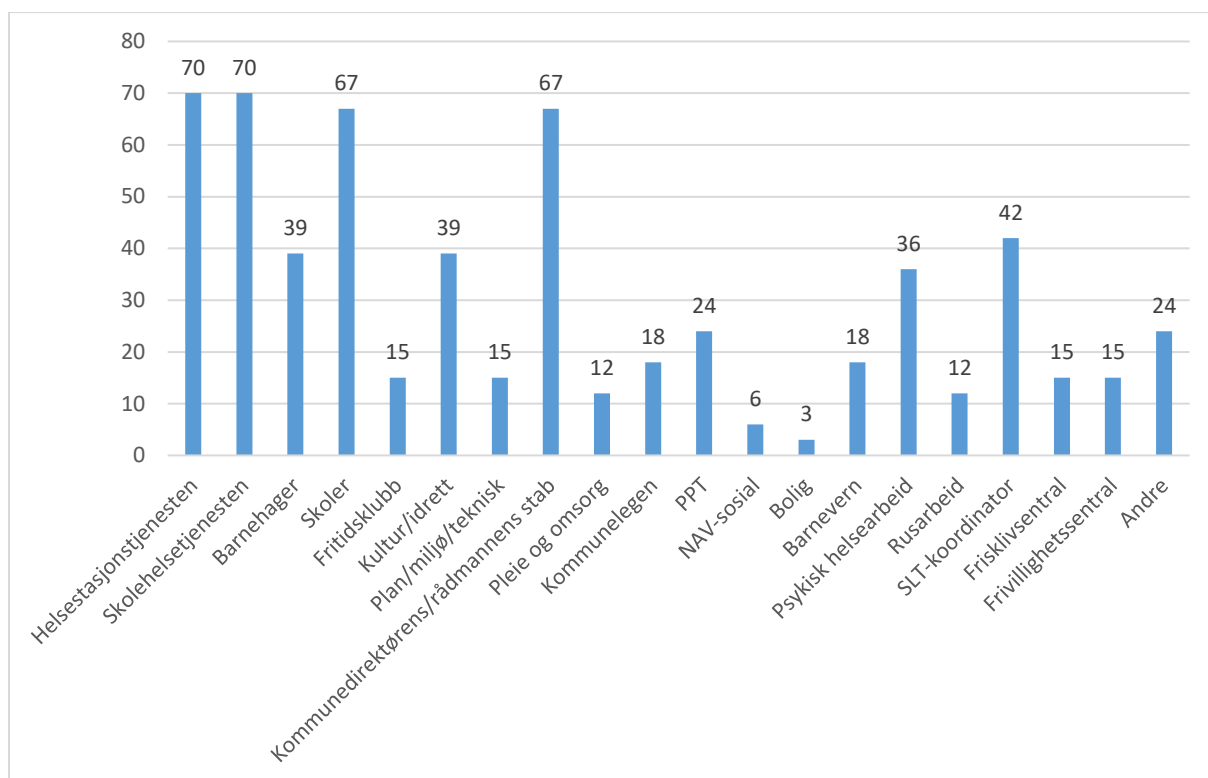
Figur 5.3: Hvem samarbeidet kommunen med i søknadsprosessen? Prosent. N= 42.



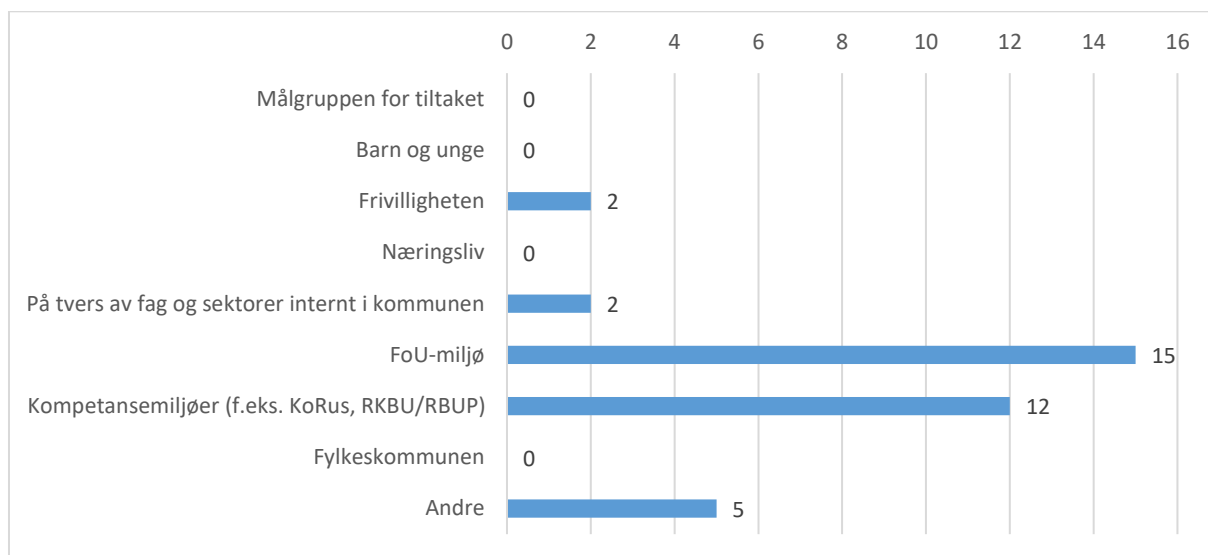
I figur 5.3 ovenfor ser vi *hvem* respondenter for 42 kommuner i spørreundersøkelsen svarer at kommunen samarbeidet med i selve søknadsprosessen. Som figuren viser svarer 79 prosent av respondentene at de har jobbet med søknaden på tvers av fag og sektorer i kommuneorganisasjonen, mens så mange som 60 prosent hadde samarbeid med fylkeskommunen i denne fasen. I tillegg peker flere på at de samarbeidet med andre kommuner om utvikling av tiltak, samt med regionale og nasjonale organisasjoner. En respondent skriver at tiltaksgruppen samarbeidet med politikere, som har blitt et nytt fokus i kommune 3.0, som et konsept som bygger på at innbyggerne og kommunen i fellesskap skal bestemme (Se for eksempel Bang-Hansen m.fl., 2019).

Figur 5.4 som bygger på spørreundersøkelsen støtter opp om dokumentstudiets funn, og viser at det interne samarbeidet i kommuneorganisasjonen representeres av helsestasjonen, skolehelsetjenesten og skoler. Det er også en del kommuner som har inkludert SLT-koordinator, og for mange kommuner er tiltaksarbeidet forankret i og utformet sammen med rådmannens ledergruppe. Her tolkes muligens samarbeid i vid forstand, og i sammenheng med forankring, selv om vi ikke har undersøkt dybden i og formen på samarbeidsrelasjonene i denne studien.

Figur 5.4. *Dersom kommunen samarbeidet på tvers av fag og sektorer internt i kommunen i søknadsprosessen, hvilke av tjenesteområdene nedenfor deltok? Prosent. N= 33.*



Figur 5.5: *Er det noen av disse samarbeidspartnerne som du/dere i tilknytning til folkehelsearbeidet ikke har samarbeidet med tidligere? Prosent. N= 42.*



Som vi ser av figur 5.5 over er det en del kommuner som tidligere ikke hadde samarbeidet med forsknings- og kompetansmiljø før tiltaksarbeidet. Denne nye samarbeidsformen i folkehelsearbeidet vektlegges også av intervjupersonene som en av styrkene i programmet, slik en fylkesprosjektleder fremhever:

For min del er det en styrke at vi har vært flere som har fulgt opp programmet og at vi har den støtten i FoU-gruppa, det har vært en stor styrke. (...) Vi er

heldige med at vi har koplet kommunene på forskerne, så det er andre som følger dem opp. Andre oppgaver tar også tid, vi har litt andre ting i tillegg til programmet.

Forskerne styrker med andre ord ikke bare kommunenes tiltaksutvikling ved sin støttefunksjon, men de avlaster også fylkeskommunen i deres veiledningsrolle overfor kommunene, slik vi så i kapittel 4.6.4.

I selve *søknadsfasen* er kommunerespondentene i spørreundersøkelsen mest fornøyde med støtten fra fylkeskommunen, etablering av kommuneinternt samarbeid, og med kompetansen til å søke om tilskuddsmidler i programmet. Ser vi på fylkesvise forskjeller i hva kommunene er fornøyde med er det noen variasjoner, spesielt når det gjelder hvor tilfreds de er med etableringen av samarbeid med kompetansemiljø og etablering av medvirkning fra målgruppen. Kommunene er jevnt over meget fornøyd med fylkeskommunenes støtte på tvers av fylkene.

5.4.2 Samarbeid om tiltaksutviklingen

Hvilke typer tiltak kommunen har er sentralt for hvilke typer samarbeid som er viktig. Tiltakene der skolen er hovedarena har ikke nødvendigvis behov for å samarbeide med frivillighet og næringsliv. I prosjektet som Lørenskog kommune gjennomfører, *Gode relasjoner – godt skolemiljø* (se 5.2.4), vil samarbeid med frivilligheten eksempelvis ikke være viktig i tiltakets første fase, der relasjonskompetansen blant skolens ansatte skal styrkes. I sin andre fase vil derimot et slikt samarbeid bli viktig, da kommunen vurderer å utvide innsatsen til å gjelde relevante aktører i nærområdet, slik som idrettsklubber.

I tabell 5.7 nedenfor viser vi samarbeidsrelasjoner internt og eksternt i tiltakskommunene slik det fremkommer i dokumentanalysen. Vi skal i det videre redegjøre for innholdet av kategoriene i tabellen.

Tabell 5.7: *Samarbeidsrelasjoner i tiltak i og utenfor kommuneorganisasjon.*

Internt i kommunen	
Tverrsektorielt	63
Frivillige organisasjoner	45
Næringsliv	13
Eksternt i kommunene	
FoU-miljø	84
Samarbeid i fylket	83
Annet (interkommunale samarbeid)	30

Kilde: Tiltaksrapportering, dokumentanalyse, basert på kategorisering i NVIVO.

Vi ser av tabellen at en stor del kommuner oppgir *tverrsektorielt samarbeid* som en innsats i tiltaksutformingen. Mens mange skriver en generell frase slik som «bredt tverrsektorielt samarbeid innad i kommuneorganisasjonen», benevner andre helt spesifikk og ofte brede samarbeid internt i kommunen med inkludering av fag-kompetanse eller områder. Et eksempel på dette er rapportering om at «Prosjektgruppen i kommunen [består] av avdelingsleder og rektor ved skolen, helsesykepleier, psykisk helsesykepleier, folkehelsekoordinator, representant fra FAU og representant fra elevråd». I dette eksempelet er samarbeidet vesentlig og vedvarende siden det er opprettet en tverrfaglig *prosjektgruppe*, der fagpersonene følger opp prosjektet jevnbyrdig og over tid. For andre tiltak kan *styringsgruppen* være organisasjonsformen som ivaretar ulike fagområders behov og gir disse autoritet i arbeidet.

Mange av tiltakene som oppgir samarbeid med *frivillige organisasjoner* hadde på rapporteringstidspunktet få fastlagte planer for samarbeidet. Totalt antall tiltak som har et reelt samarbeid med frivillige organisasjoner kan derfor være lavere enn oversikten gir inntrykk av. Blant tiltakshaverne som rapporterer om at de har samarbeid med *næringslivet* omtaler om lag halvparten samarbeidet i generell form, slik følgende rapporteringsbeskrivelse illustrerer: «Det vil

uansett være naturlig at lag og foreninger er samarbeidsparter, men det kan også være lokalt næringsliv». Den andre halvparten oppgir instanser de har inngått samarbeid med, blant annet leverandør av tekniske tjenester, en lokal næringslivsforening og aktører som tilbyr kreative tjenester slik som illustratører og musikere.

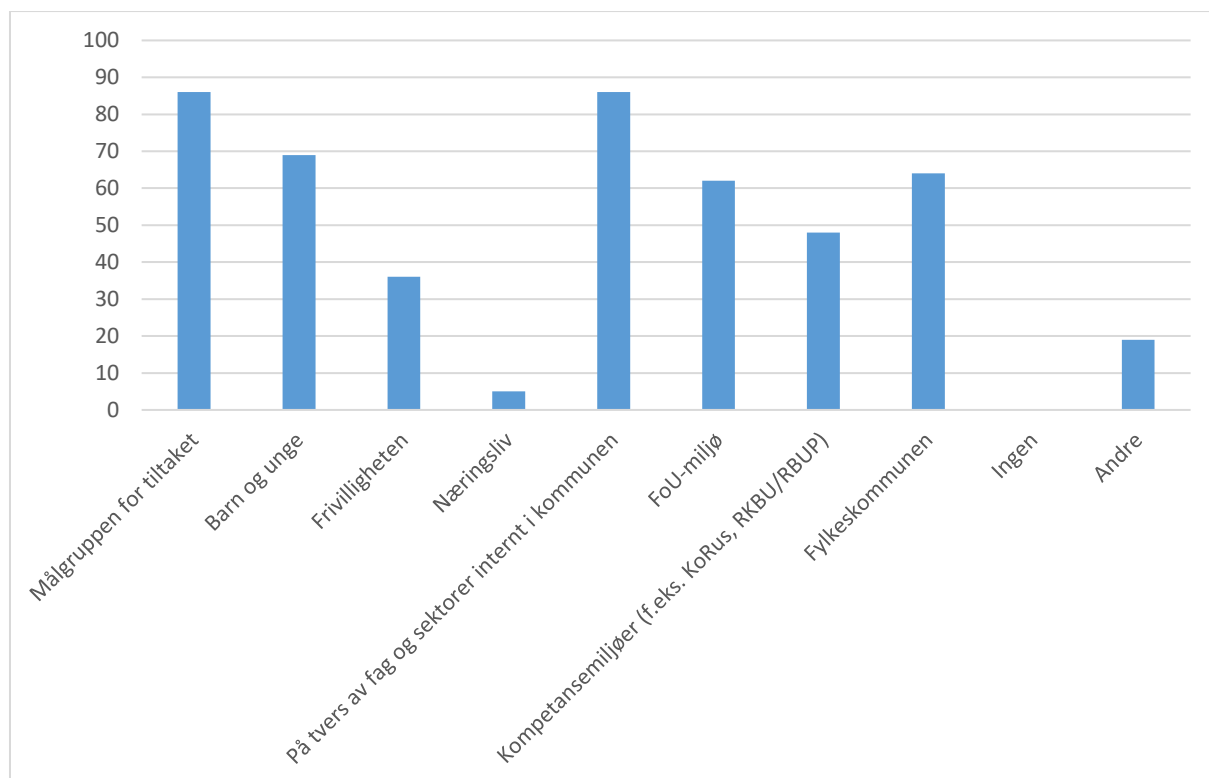
For samarbeid i fylket rapporteres det først og fremst utstrakt samarbeid med fylkeskommunen og med videregående skoler. Vi vil fremheve at det i tillegg nevnes samarbeid med et variert spekter av andre aktører, slik som Idrettsforbundet og Kirkens Bymisjon.

Kategorien *Annet* omfatter i stor grad samarbeid som tiltaket har med geografisk nærliggende kommuner. Dette gjelder mange kommuner som har eller ønsker å etablere samarbeid med kommuner som har samme type tiltak i programmet eller liknende type prosjekt, i fylket eller i landet ellers.

Blant de 84 tiltakene som rapporterer *FoU-samarbeid*, har flertallet av disse etablert, eller var i ferd med å etablere, samarbeid med forskningsinstitusjoner og «kompetanseaktører» i samme eller nærliggende region (se også kapittel 5.3.4). I noen tilfeller dreier det seg om flere miljø, slik som for eksempel både ett, eller flere, universitet og/eller et eller flere kompetansemiljø. Samtidig har relativt mange av disse også inngått samarbeid med nasjonale forsknings- og kompetansemiljø, som antakelig har spesialkompetanse tiltaket ønsker å benytte, slik som Folkehelseinstituttet eller Læringsmiljøsentret. Dette gir geografisk spredning utover det regionale nedslagsfeltet.

Ser vi på resultatene fra spørreundersøkelsen, illustrert i figur 5.6 nedenfor, har flest blant kommunerespondentene svart at de samarbeider med målgruppen og på tvers av fag og sektorer i kommunen. I overkant av 80 prosent av de 42 kommunerespondentene har svart dette. Over halvparten oppgir samarbeid med FoU-miljø, fylkeskommunen og barn og unge. Som figuren viser, er det mindre samarbeid med frivillighet og næringsliv.

Figur 5.6: Hvem samarbeider kommunen med i gjennomføring av prosjekt/tiltak? Prosent. N= 42.



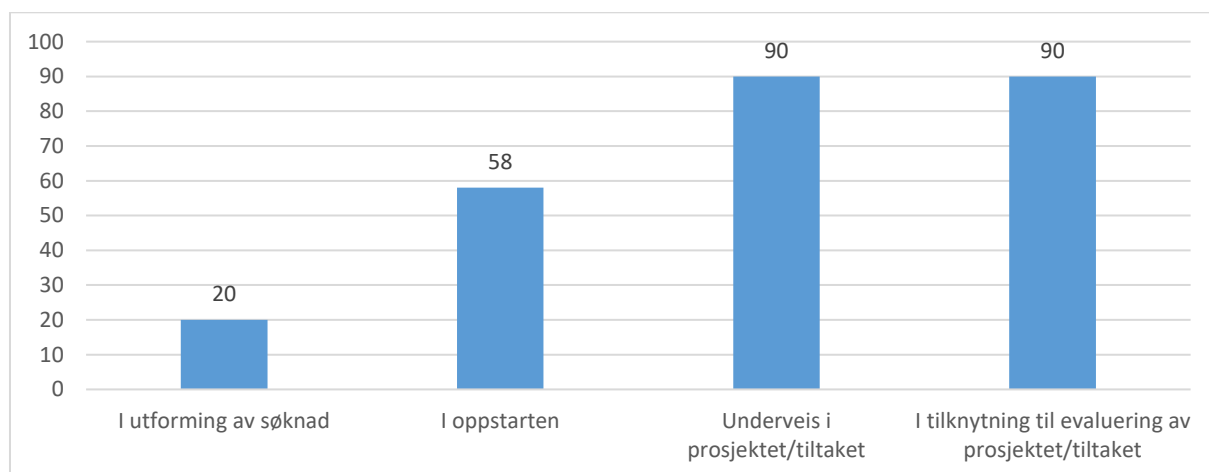
Når vi studerer fylkesvise forskjeller i casematerialet vårt, finner vi hovedsakelig samsvar i fylkene med den generelle fremstillingen i figur 5.7 overfor, *foruten* når det gjelder samarbeid med frivilligheten og med FoU-miljø i gjennomføringen av tiltak. Her peker et fylke seg tydelig ut ved å ha betraktelig mer samarbeid med de to gruppene.

Vi har her ikke dybdeinformasjon om tiltakshavernes forståelse av forskjeller mellom samarbeid og medvirkning, som kan ha betydning for hvordan de har respondert. Vi er dermed usikre på omfanget av reelt samarbeid og reell medvirkning med målgruppa. Vår antakelse er derimot at kommunene forstår samarbeid som å inkludere medvirkning, og at det høye antallet som gjennomfører tiltaket i samarbeid med målgruppen muligens innebærer at målgruppen reelt sett kun medvirker.

5.4.3 Medvirkning i tiltaket

Medvirkning er sentralt i folkehelsearbeidet, og enkelte fylker har hatt dette som et hovedtema. Figur 5.7 nedenfor bygger på spørreundersøkelsen, og viser at medvirkning fra målgruppen tiltar jo lengre ut i tiltaksutviklingen en kommer. Det har vært relativt liten medvirkning i utformingen av søknader, mens det er 90 prosent av de 40 tiltakene som her er svart for som har medvirkning av målgruppa underveis og i evalueringen av tiltaket.

Figur 5.7: *I hvilke faser av prosjektet/tiltaket er det lagt opp til medvirkning fra målgruppen? Prosent. N= 40.*



I kvalitative svar til spørreundersøkelsen komme det frem at tiltakshaverne i stor grad har fulgt opp incentivene i programmet og inkludert målgruppa i tiltaksutviklingen. Noen kommuner beskriver at målgruppa var involvert i idédugnad/søkerkonferanse og i utvelgelse av tiltaket. Ellers forteller mange kommuner at målgruppa er med i arbeids/prosjektgruppe og i tiltakets styringsgruppe. En annen tilnærming mange kommuner har valgt er å intervju eller sende ut spørreundersøkelse til målgruppa underveis i prosjektet. Atter andre har gjennomført workshops og dialogkonferanser for målgruppa. Mange har benyttet ungdomsråd som representativt organ for målgruppa.

Den opplevde nytten av medvirkningen er også stor, om ikke «avgjørende», ifølge spørreundersøkelsens respondenter. Kommunene har stor tillit til medvirkningens betydning for tiltakenes resultater, og viser til at det er viktig å skape engasjement på denne måten. Å mobilisere målgruppa anerkjennes av den grunn som både viktig og utfordrende. En respondent til spørreundersøkelsen omtaler medvirkningsarbeidets fordeler og ulemper slik:

[Vi har] positiv erfaring med medvirkning. [Det] gjør det mulig å finne de riktige problemstillingene og løsningene. Samtidig er eierskap til tiltaket viktig for å skape engasjement. Utfordringer er at det tar lengre tid med medvirkning og det

krever mer planlegging og tidsbruk. Det synes likevel som en effektiv måte å jobbe på da man bedre treffer med tiltak.

Utfordringen er som sitatet indikerer å få gjennomført medvirkning på rett tid for å skape forankring, at den er målrettet og konsis slik at resultatene kan brukes på en effektiv måte, og som en annen respondent viser til, at man treffer målgruppa presist:

Barn og unge er flinke og reflekterte, det at de var med på å si hvilke tiltak de selv ville ha, gjorde at det fikk en større kraft. Mange føler også eierskap til prosjektet når de har fått vært med å utvikle tiltaket. Utfordringer er å få stemmene til alle – spesielt det å sikre at vi får tak i de stemmene vi kanskje vil høre aller mest. Er det de som allerede er aktive på fritida, som har deltatt i medvirkningsprosessene? En annen utfordring er å få barn og unge til å delta og møte opp på ulike aktiviteter.

Tilsvarende peker en annen respondent på betydningen av å gi ungdommen god informasjon for at de skal forstå hva de skal medvirke/bidra til. De mange tiltakene som dreier seg om å skape møtesteder for barn og/eller unge kan møte denne utfordringen, som er avgjørende for at tiltak rettet mot ensomhet og utenforskap skal være treffsikre.

Noen kommuner forsøker å justere medvirkningsopplegget underveis i tiltaksutviklingen, og enkelte opplever at de burde ha involvert flere for å skape engasjement og eierskap til tiltaket. For flere kommuner fremstår tiltaksutviklingen som en *pilot for medvirkningsarbeid*. Enkelte respondenter til spørreundersøkelsen tror at arbeidet har bidratt til at medvirkning får større anerkjennelse i kommuneorganisasjonen generelt.

For mange kommuner har koronaepidemien bremsset eller forhindret det planlagte medvirkningsarbeidet, siden medvirkning i stor grad krever fysisk tilstedeværelse. I spørreundersøkelsen får vi likevel vite at medvirkningsfokuset i ett tiltak har betydd at kommunen har søkt og fått midler til å lage en strategi for hvordan kommunen skal sikre «reell medvirkning i barne- og ungdomskulturen, for en naturlig og viktig samarbeidspartner i arbeidet for reell medvirkning på alle plan i kommunen». Kommunen har dermed fått jobbet tilstrekkelig med medvirkningsperspektiv under pandemien til at medvirkningsopplegg kan inngå i kommunal drift. Nytteten av medvirkningsmetodikken, som en annen respondent til spørreundersøkelsen uttrykker det, handler også om forankring blant målgruppa for tiltaket:

Nytteten er at vi tror vi får et bedre resultat ved at målgruppa får være med på hele prosessen, ikke bare delvis. Målet er at dette skal skape varig endring, og da må de være med hele veien. Utfordringen er at det tar mye tid, mye lengre tid enn vi hadde sett for oss på forhånd. Likevel er det viktig å ta seg denne tiden for å få til gode prosesser underveis, og som sagt et godt resultat. Så har selvsagt Covid 19 gjort dette enda mer utfordrende, da prosjektet har basert seg på fysiske opplegg for medvirkning, som ikke har vært mulig å gjennomføre i den størrelsesordenen som vi hadde planlagt. Det har også vært utfordrende å etablere medvirkning som metode i større grad enn det som foregår i kommunen i dag. Bare det å sette det på agendaen har vært viktig, og har tatt mye tid. Vi har inntrykk av at målgruppen har trengt opplæring i medvirkning, og at systemet rundt ikke har vært nok opptatt av reell medvirkning på arenaer som angår målgruppen.

Sitatet illustrerer også betydningen av systematisk medvirkning og av at målgruppens medvirkningskompetanse gjerne krever fokus. Det vi kan slutte fra dette avsnittet er at kommuner ser betydningen av medvirkning for å skape engasjement og forankring blant målgruppa som del av det langsiktige arbeidet, og at det krever tidsressurser og bevissthet rundt hvordan man involverer sivilsamfunnet i kommunale tiltak.

5.5 Fremmere og barrierer i kommunenes arbeid med å imøtegå folkehelseutfordringene

Norske kommuner har et stort ansvar for folkehelsearbeidet, som er både komplekst og langsiktig. I dette avsnittet skal vi diskutere hva kommunene opplever at fremmer og hemmer deres arbeid med folkehelseutfordringer.

Vi vender til spørreundersøkelsen, der vi har spurt om betingelsene for vellykket folkehelsearbeid i kommunene. I spørsmål om hva som er de største *hindrene* i kommunens arbeid med folkehelseutfordringene for barn og unge, svarer 52 av 68 respondenter at manglende finansiering er den største utfordringen, mens 43 svarer at det er manglende personalressurser. Kun seks respondenter mener det er manglende kompetanse i kommunen.

Når vi i spørreundersøkelsen spør om hva som er *de sterkeste sidene* ved kommunens arbeid med folkehelseutfordringer knyttet til barn og unge, svarer flest kompetanse, tverrfaglig samarbeid og forankring i planer. Mange peker også på at folkehelseutfordringer har stor politisk oppmerksomhet og prioritering i kommunen. Enkelte velger også å presisere at det tverrfaglige samarbeidet i kommunen er styrket de siste årene, selv om det fortsatt er en vei å gå. I denne sammenheng pekes det på at nasjonale midler har bidratt positivt til denne styrkingen. Interkommunalt samarbeid blir også fremhevet som en styrke.

5.5.1 Utfordringer i tiltaksutviklingen

Langsiktighet, tverrfaglig samarbeid og involvering av frivilligheten er aspekter i tiltaksutviklingen som fremmer folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge.

I selve tiltaksutviklingen er den langsiktige profilen i folkehelseprogrammet vektlagt av flere fylkesprosjektledere. Langsiktigheten er en styrke, men den kan på samme tid bli en utfordring på grunn av *interne ressurser* og *utskiftninger* i kommunens fagadministrasjon, opplever denne:

Langsiktigheten er veldig viktig. Noen av ulempene er at da vet vi at det blir en del utskifting, slutter, permisjoner, det er særlig en kommune med mye utskifting, og da ser jeg det går ut over kapasitet, fremdrift og forankring. Det er slik vi vet, men særlig når det er langsiktighet. Vi ser også at ildsjeler kan bli trøtte, og da har støttefunksjonen til fylkeskommunen vært viktig, har vi fått tilbakemelding om.

Fylkesprosjektlederen viser til at støttefunksjonen til fylkeskommunen blir sentral, som vi leser som at prosjektlederrollen er krevende og den kan bli ensom. Ressurssituasjonen i kommunen påpekes også av en annen fylkesprosjektleder som utfordrende, både når det gjelder tid og kompetanse:

[Det er] trang kommuneøkonomi, jeg har opplevd flere ganger [at det har skjedd] utforutsatte endringer. Stillinger kuttes i budsjettet [så en må] revidere prosjektplan. En folkehelsehelsestilling er kuttet i ett tiltak. Den har en viktig rolle for forankring så det er synd at det skjer. [Det er også] personer som sitter med nøkkelpetanse som har sluttet, som kanskje ikke driver prosjektet, men som har kunnskapen på forskning og evaluering. Da blir lista lagt på et helt annet nivå enn det som var opprinnelig planlagt.

Utfordringer med forsknings- og evalueringskompetanse blir her vektlagt som en svakhet når det skjer endringer i kommuneadministrasjon. Mange kommuner har få fagressurser å spille på når nøkkelpersoner slutter. I tillegg til å være en generell utfordring, kan evalueringskompetanse også være en spesiell utfordring i lengre tiltaksløp i kommuner som opplever jevnlig utskiftninger. Kommunen har ikke nødvendigvis da de riktige fagressursene å sette inn.

En annen utfordring er *tverrfaglig samarbeid*, som flere kommuner i spørreundersøkelsen rapporterer om er forbedret de siste årene, men som en fylkesprosjektleder mener fortsatt utgjør en barriere når det gjelder evnen til å mobilisere viktige fagområder i kommunen, slik som skolesektoren. Interkommunalt samarbeid har dessuten vært et krav i dette fylket, men som det har vært krevende for noen kommuner å lykkes med.

En tredje utfordring er involvering av *frivilligheten*, slik det kommer frem i både spørreundersøkelsen og i kommunenes egenrapportering (dokumentanalysen). En fylkesprosjektleder peker på dette som en utfordring for mange kommuner, og at dette henger sammen med uro for at involveringen blir instrumentell i spørsmål om frivilligheten «skal løse en oppgave», og det kan være vanskelig å rekruttere frivillige, også når de «er» tiltaket, som hen sier. Kommuner opplever også praktiske hindre, slik som å koordinere møter med frivilligheten. Samtidig mener fylkesprosjektlederen at mange kommuner ser potensialet som ligger i samarbeid med frivilligheten.

Samskaping har, som fylkesprosjektledere også peker på, kommet på agendaen i mange kommuner, men uten at gjennomføringen nødvendigvis har kommet like langt. Prosjektleder sitert over forteller at ikke mange kommuner har brukt begrepet i tiltaksutviklingen, men at «mange bruker kommune 3.0, så det er litt i tidsånden, så det er litt hva kommunen har bestemt seg for også, hva de vil si høyt og markedsføre seg som samskapende eller kommune 3.0, da vil det være lettere å utvikle et slikt samskappingsarbeid/ utviklingsarbeid». I et annet fylke oppleves samskappingsperspektivene å ha fått større reell betydning i folkehelsearbeidet:

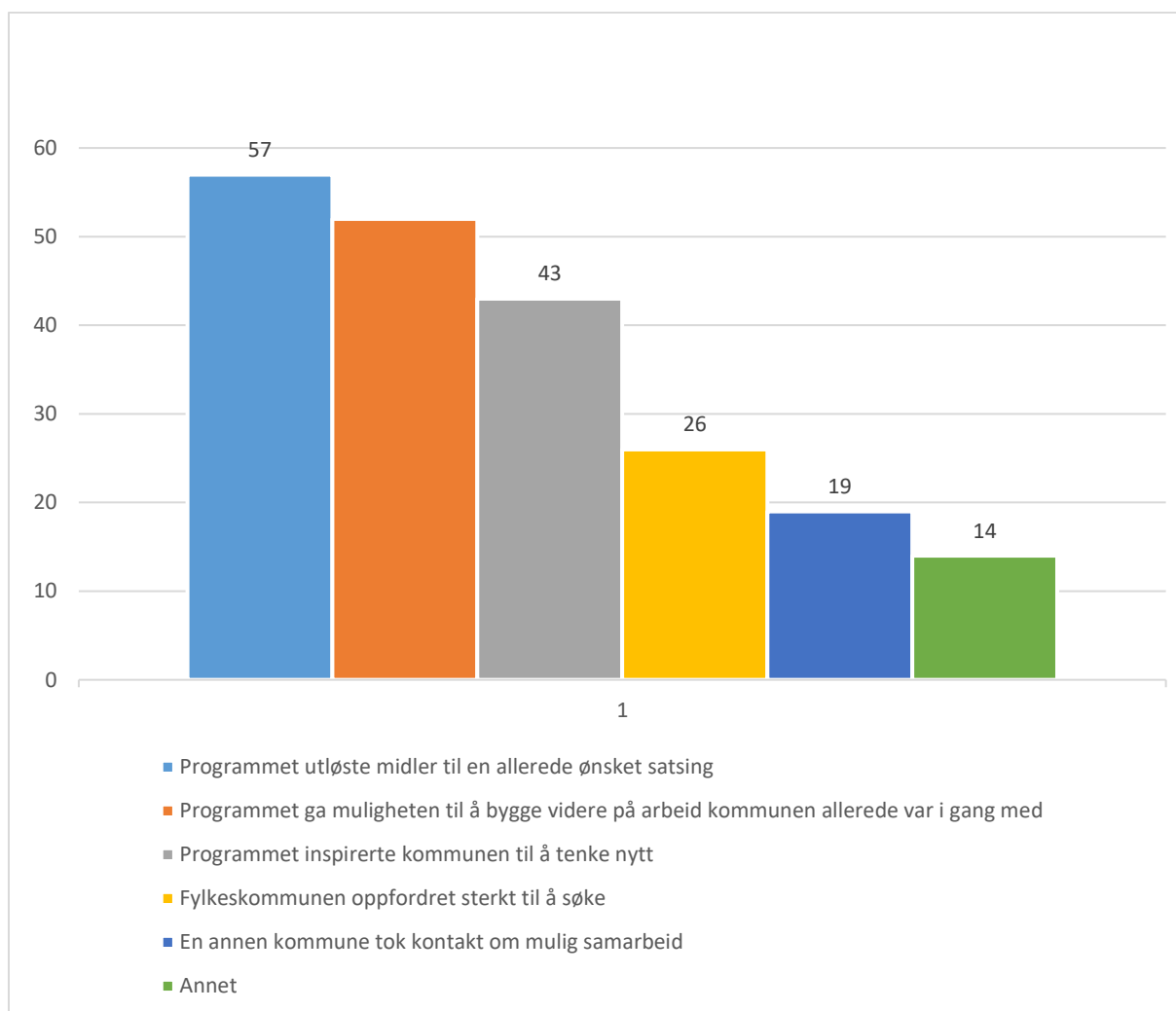
[Det er et] stort ansvar å løse wicked problems. For fagpersoner har det satt spor, denne måten å jobbe samskapende på, medvirke, involvere, frivillige som kommunale, barn og unge. Betydningen av å jobbe sammen og samskape har virkelig blitt satt på kartet og gitt erfaringer.

Fylkesprosjektlederen vektlegger samtidig betydningen av at systematisk folkehelsearbeid må innarbeides på ledelsesnivå, i organisasjonen og blant fagpersonene, som må oversette involveringspraksis og samskaping i kommuneorganisasjonen. Utfordringen i kommunene er gjerne knyttet til tidsressurser ved å drive tverrsektorielt arbeid, og som en annen fylkesprosjektleder peker på, å tilrettelegge for tverrfaglig samarbeid er et ledelsesansvar: «[M]an vet fra egen organisasjon at det er krevende. Jeg tror i første omgang det er viktig å skape møteplasser, som en del av jobben din, at lederne ønsker at en skal skape møteplasser og snakke sammen på tvers. Som førsteprioritet». Tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid er som kjent ikke bare vanskelig på kommunalt nivå, det gjenspeiles på alle forvaltningsnivåer.

5.6 Kommunens opplevelse av programmets nytte i tiltaksutviklingen

Blant de 63 kommunene i spørreundersøkelsen som leder eller er med på tiltak, har 42 kommunerepresentanter svart på hvorfor kommunen søkte midler til tiltak. I figur 5.8 nedenfor ser vi at over halvparten av disse søkte programmet om tilskudd fordi det svarte til behov for en ønsket satsing og det ga muligheter til å videreutvikle kommunens arbeid. Så mange som 18 kommunerepresentanter mener også at programmet inspirerte til nytenkning. Fylkeskommunen og andre kommuner har også bidratt til at enkelte kommuner søkte tilskudd til tiltak og tiltakssamarbeid. Trøndelagskommunene peker seg ut blant fylkene ved at flere kommuner enn i de andre fylkene både ble oppfordret av fylkeskommunen, og så muligheten til å videreutvikle arbeid og tenke nytt.

Figur 5.8: Hva gjorde at kommunen søkte midler til prosjekt/tiltak? Prosent. N= 42.

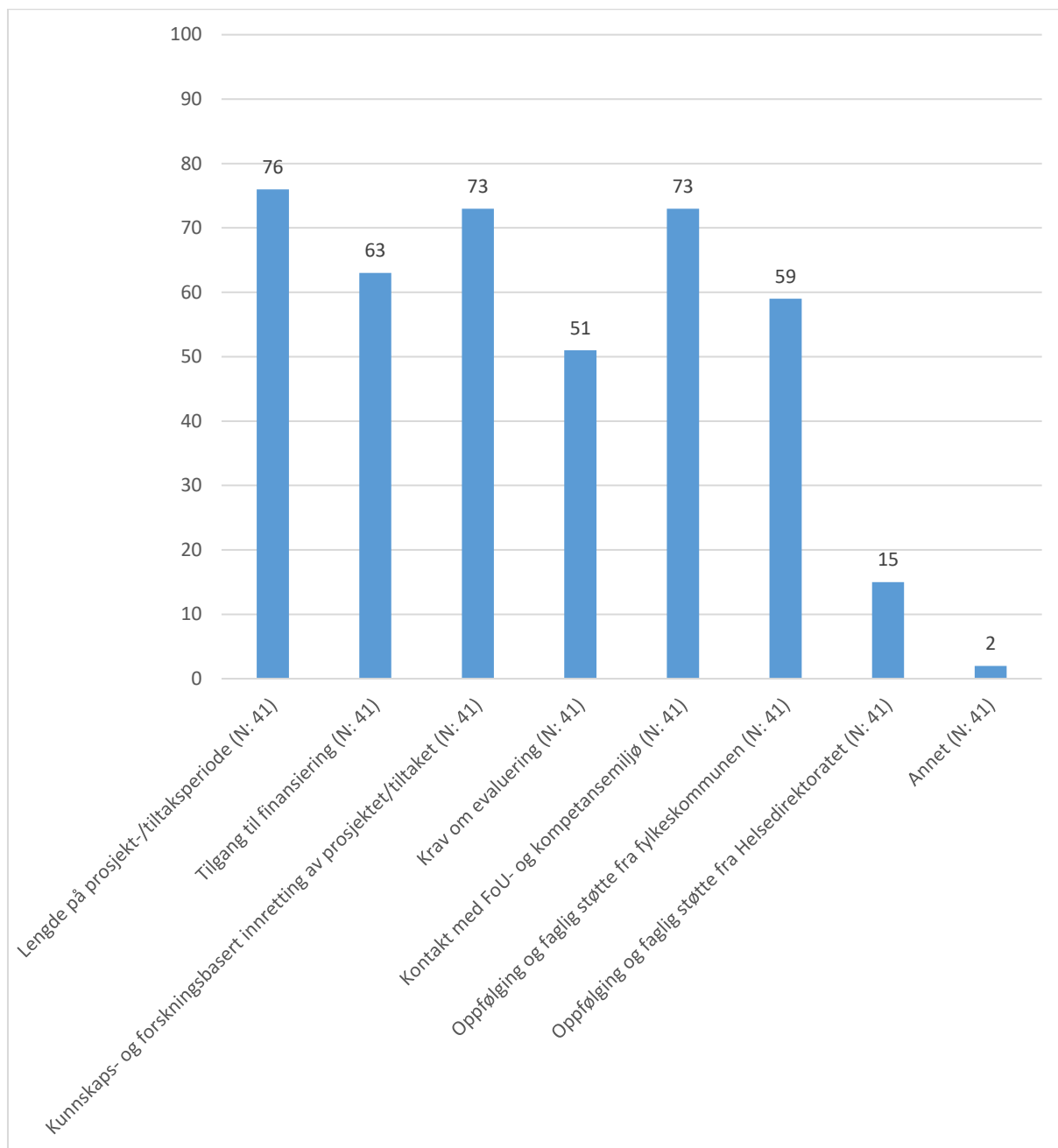


5.6.1 Tilskuddsordningens særpreg og bruk av ressurser

Hvilke virkemidler og ressurser i programmet er nye for kommunene, og hvordan opplever de nytteverdien av dem?

Blant de 41 kommunerespondentene som har svart på hva de erfarer som de viktigste ulikhetene i tiltaksstøtten sammenlignet med andre støtteordninger, illustrert ved figur 5.9 nedenfor, er det flest som svarer lengden på tiltaksperioden, den kunnskaps/forskningsbaserte innrettingen og kontakten med FoU- og kompetansemiljø. Tilgangen til finansiering har også betydning, som 63 prosent av de 41 respondentene har svart, mens 59 prosent peker på oppfølging fra fylkeskommunen som spesielt for programmet. Litt over halvparten av respondentene viser også til at krav til evaluering skiller tilskuddsprogrammet fra andre program. Her er det ubetydelige forskjeller mellom kommunene.

Figur 5.9 Hva erfarer kommunen at er de viktigste forskjellene i denne prosjekt-/tiltaksstøtten sammenlignet med andre støtteordninger til prosjektutvikling som dere har erfaring med innen folkehelsearbeidet? Prosent.



En fylkesprosjektleder tenker kommunene er best til å svare på hva som særpreger programmet, men forklarer at for deres del, «er det at det er tverrsektorielt og ikke sektormidler. Det blir opp til samarbeid på tvers og med stor grad av medvirkning i tiltaksutviklingen. Det tror jeg skiller det fra andre type tilskudd».

Lengden på prosjektperioden, som mange mener særpreger dette programmet, trekkes også frem som grunnleggende viktig for vellykket folkehelsearbeid, som en respondent for spørreundersøkelsen vektlegger:

Kommunene trenger tilskudd og prosjekter som er langvarige. For vår del er det først nå arbeidet med [prosjektet] er godt forankret både administrativt og politisk, og vi ser at dette kan komme over i ordinær drift. Vi er overbevist om at hadde prosjektperioden vært kortere, ville vi ikke sett de samme resultatene. Minimumsperiode for kommunale prosjekt må være 5 år - helst 10 når vi snakker om folkehelsearbeid.

Arbeidet med tiltak fra forankring helt til videreføring i kommunens folkehelsearbeid, og med inkludering av momenter for en vellykket gjennomføring, slik som samarbeid og medvirkning, styrkes av programmets støtte til lengre prosjektperioder.

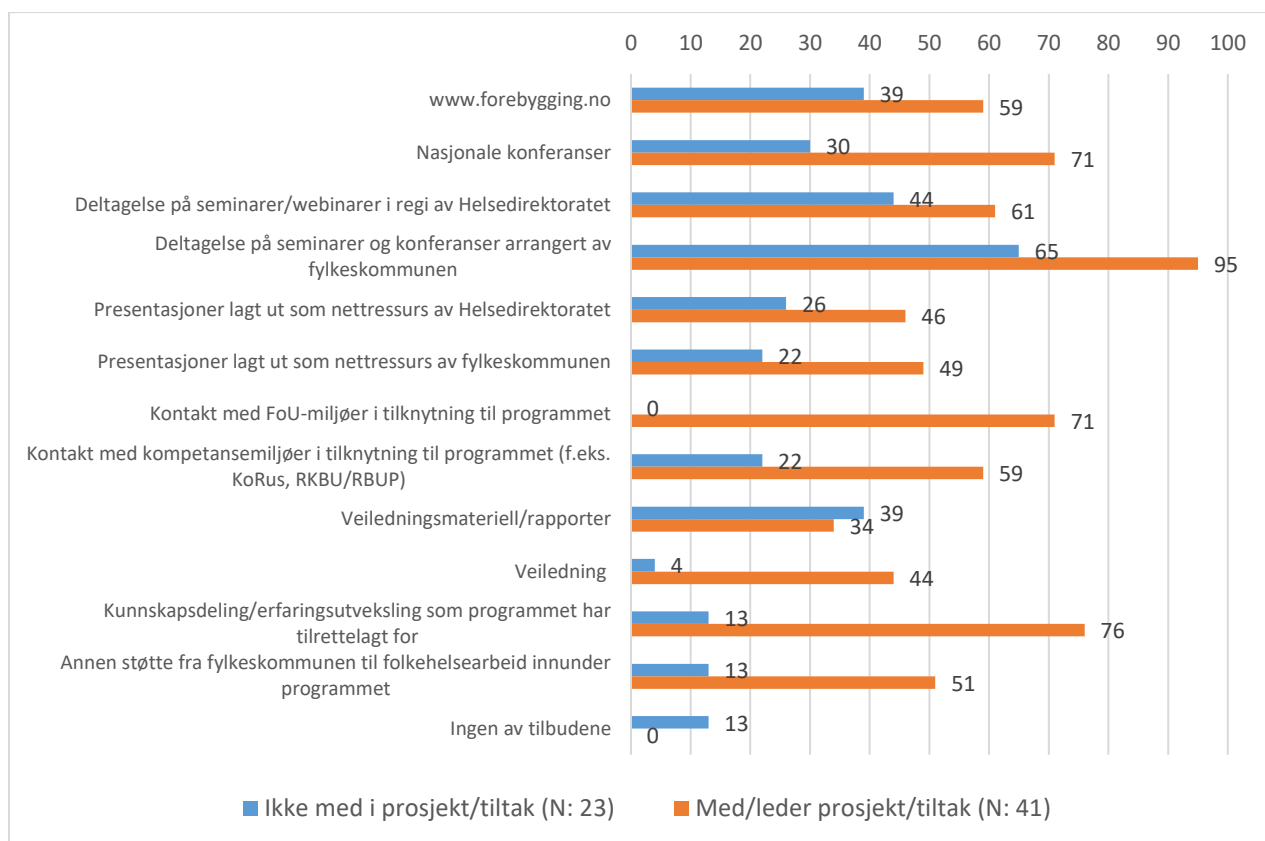
Vi ser også noen forskjeller mellom casefylkene. Kommunene i et fylke har i mye større grad enn de andre fylkenes kommuner benyttet nettressursen forebygging.no, og flere har deltatt på fagarrangement organisert av helsedirektoratet. Ellers tar kommunene i et annet fylke gjennomgående i bruk en større andel av ressursene i programmet, spesielt gjennom kontakt med FoU-miljø og ved kunnskapsdeling/ erfaringsutveksling. Denne erfaringsutvekslingen kommer også på initiativ fra kommunene selv, som en fylkesprosjektleder sier det i intervju:

Så ser vi at de møtes via programmet, de tar direkte kontakt seg imellom. Det er like mye kommunene som har rekruttert hverandre, at vi har så mange kommuner. Ja vi har drevet aktiv rekruttering, men nabokommuner og folkehelsekoordinatorer som snakker ofte med dem, ber hverandre om å være med, så låner de bort saksfremlegg, så rekrutterer de hverandre også.

Det interkommunale samarbeidet som trer organisk frem i noen fylker og sammenhenger og som er mer styrt av fylkessamlinger eller fylkeskommunens programinnretting, innebærer at erfaringsbasert kunnskap får en sterk betoning i utvekslingen på tvers av programmet. I enkelte fylker er dette en arbeidsform kjent fra tidligere folkehelsesatsinger, slik som [Nærmiljøprosjektet](#).

Nedenfor, i figur 5.10, fremstiller vi hvordan programmet er benyttet fordelt på kommuner som deltar i tiltak eller ei, slik dette kommer frem i spørreundersøkelsen. Deltakende kommuner benytter gjennomgående i større grad ressursene. Dette gjelder særlig veiledning, samt deltakelse på fagarrangement og kunnskapsdeling/ erfaringsutveksling, der forskjellen i deltakelse er stor mellom kommuner med og uten tiltak. Det er derimot liten forskjellen når det gjelder bruken av veiledningsmateriell og nettressurser, som ikke er en mye benyttet ressurs blant kommunene, sammenlignet med andre ressurser.

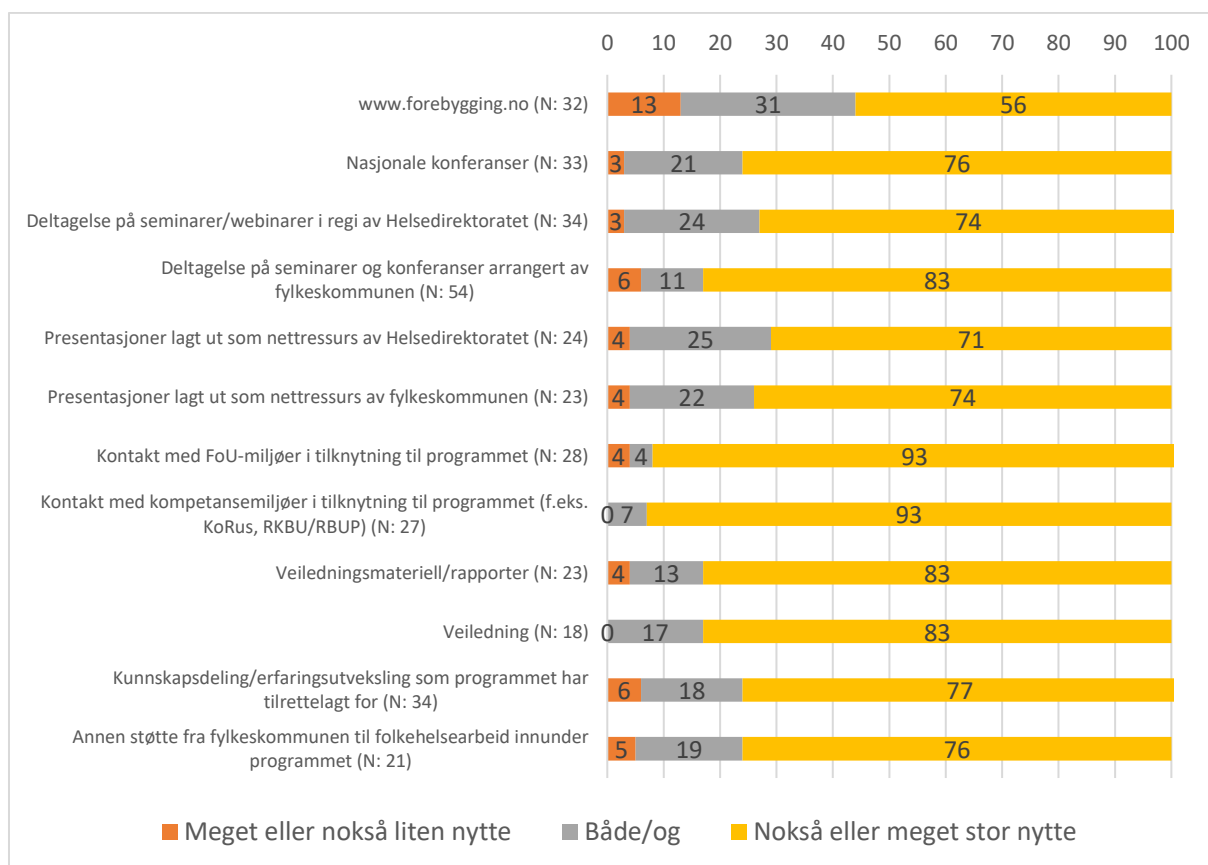
Figur 5.10: Har du benyttet noen av de følgende tilbudene og ressursene i program for folkehelse? Prosent



Av figuren over ser vi at kunnskapsdeling og erfaringsutveksling en ressurs i programmet som kommunene i høy grad har benyttet. I de kvalitative svarene på hva innholdet i utvekslingen har dreid seg om, fremkommer det at fylkene har lagt opp til en stor grad av erfaringsdeling mellom kommunene, gjennom samlinger, gruppearbeid, kommunenettverk og folkehelseforum. Her har tiltaksarbeid vært presentert. Færre kommunerespondenter peker i kvalitative svar på forskningsformidling som kunnskapsdeling. Dette har likevel vært gjennomført av fylkeskommunene, enten i tilknytning til erfaringsutveksling eller som egen temasamling. Enkelte kommuner fremhever at dette kan gi inspirasjon og overføringsverdi.

Kommunene opplever nokså eller meget stor nytte av ressursene som tilbys i programmet, slik vi kan lese av figur 5.11 nedenfor. Mest nytte opplever kommunene å ha av kontakten med forsknings- og kompetansemiljø, samt veiledning, fagarrangement organisert av fylkeskommunen og veiledningsmateriell. Minst nytte opplever respondentene å ha av forebygging.no og nettressurser i helsedirektoratet.

Figur 5.11: Opplevd nytteverdi av ressursbruk. Prosent.



Kommunene signaliserer i spørreundersøkelsen jevnt over at de er meget godt fornøyde med fylkeskommunens koordinerings- og veilerolle, og mange opplever at de har fått god støtte, ikke bare via ressursene i programmet, men også ved individuell og kontinuerlig oppfølging ved behov, ikke minst i søknadsprosess og økonomirapportering. Fylkeskommunenes prosjektledere fremheves som sparringspartnere, som er på tilbudssiden. Et par respondenter formidler samtidig at programmet ikke oppleves som like nyttig for kommuner uten tiltak. For kommuner med tiltak mener en forsker vi har intervjuet at nytten ser ut til å være at å delta med tiltak i programmet gir en verktøykasse:

Den erfaringen av programmet er at de får noen verktøy til å jobbe systematisk og kunnskapsbasert med folkehelse. Det skaper en gryende bevissthet om hvordan en kan gjøre det, og kanskje understreker viktigheten av å få forankret ulike tiltak, trekke inn personer å samarbeide med, og jobbe medvirkende, fra kommunen internt, frivilligheten, målgruppa, innbyggerne. Det setter i gang at de får prøvd ut en prosess og arbeidsmåte som jeg vet i alle fall at (...) Kommune snakker varmt om, og at de ønsker å jobbe videre med den systematikken, ikke bare i folkehelse. Den kan brukes utenfor programmet. Så er det kommuner som tester ulike medvirkningsverktøy.

Programmet fremstår etter forskerens syn som et viktig virkemiddel for å bistå kommuner på alle ledd i tiltaksutviklingen, og at metodikken kan bistå kommunene både i det allmenne folkehelsearbeidet så vel som i annet utviklingsarbeid som krever systematikk.

Tabell 5.8: Hvilken nytte har kommuner hatt av programmets ressurser, fordelt på kommuner med og uten tiltak. Gjennomsnitt på 5-punkt skala. N oppgitt i parentes.

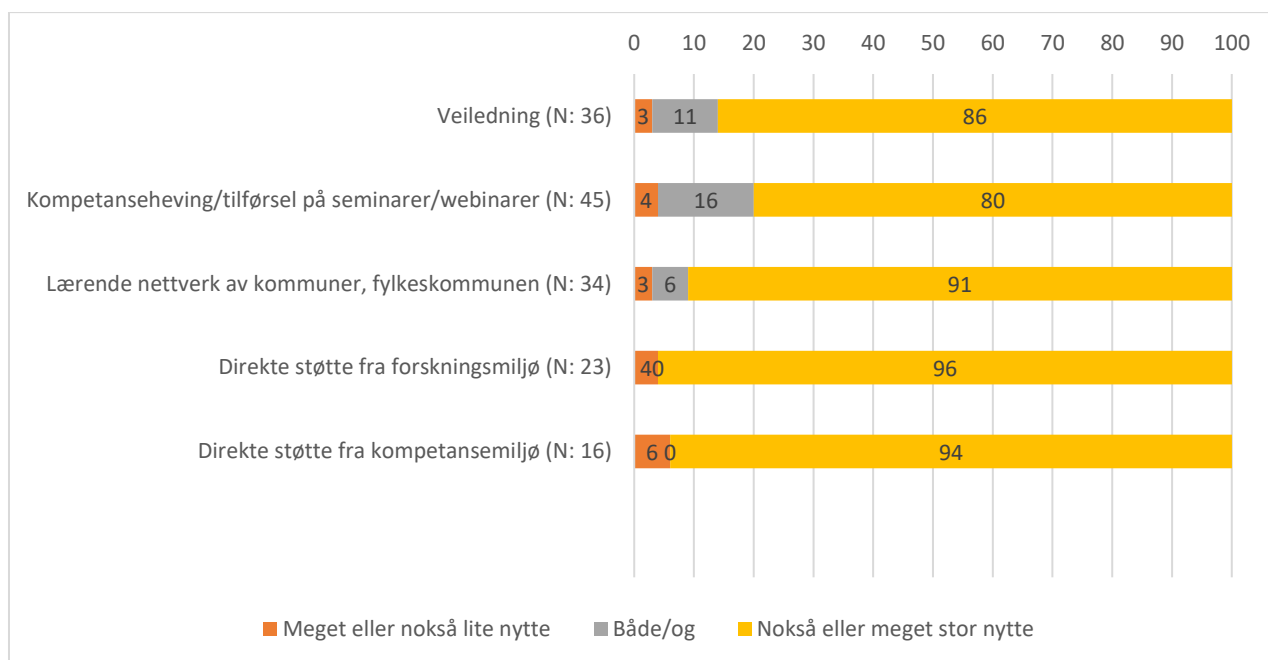
	Kommuner som ikke er med i prosjekt/tiltak ¹	Kommuner som er med i/leder prosjekt tiltak ²
www.forebygging.no	3,78 (N:9)	3,39 (N:23)
Nasjonale konferanser	3,71 (N:7)	3,88 (N:26)
Deltagelse på seminarer/webinarer i regi av Helsedirektoratet	3,70 (N:10)	3,92 (N:24)
Deltagelse på seminarer/webinarer arrangert av fylkeskommunen	3,67 (N:15)	4,23 (N:39)
Presentasjoner lagt ut som nettressurs av Helsedirektoratet	3,80 (N:5)	3,68 (N:19)
Presentasjoner lagt ut som nettressurs av fylkeskommunen	4,00 (N:4)	3,89 (N:19)
Kontakt med FoU-miljøer i tilknytning til programmet	-	4,43 (N:28)
Kontakt med kompetansemiljøer i tilknytning til programmet (f.eks. KORUS, RKBU/RBUP)	4,20 (N:5)	4,55 (N:22)
Veiledningsmateriell/rapporter	4,22 (N:9)	3,71 (N:14)
Veiledning	5,00 (N:1)	4,12 (N:17)
Kunnskapsdeling/erfaringsutveksling som programmet har tilrettelagt for	2,67 (N:3)	4,13 (N:31)
Annen støtte fra fylkeskommunen til folkehelsearbeid innunder programmet	3,67 (N:3)	4,06 (N:18)

Tabell 5.8 viser hvor fornøyde kommunerespondentene i casefylkene er med nytten av de ulike ressursene i programmet de har brukt, her skilt mellom kommuner uten og med tiltak. Kommuner med tiltak er naturlig nok jevnt over mer fornøyd med programmet enn kommuner uten tiltak, bortsett fra for nytteverdien av nettressursene tilbudt i programmet. Størst forskjell mellom disse kommunegruppene gjelder kunnskapsdeling og erfaringsutveksling som programmet har tilrettelagt for. Her er gjennomsnittet for de 31 som var svart blant kommunene med tiltak i snitt på 4,13, mens den er i snitt på 2,67 blant de få som har svart på spørsmålet blant kommuner uten tiltak.

Det varierer mellom 1-15 respondenter fra kommuner uten tiltak som har besvart spørsmålet (tabell 5.8). Flest har besvart spørsmålet om nytten av deltakelse på arrangementer organisert av fylkeskommunen. På spørsmålet om nytten av denne ressursen svarer også flest respondenter blant kommuner med tiltak, 39 kommuner. Men snittet av opplevd nytte ligger på 3,67 blant kommuner uten tiltak ligger den på 4,23 blant kommuner med tiltak. Sistnevnte gruppe er altså rimelig mer fornøyd med denne ressursen, som også mange benytter seg av. Når en lav andel svarer er det sannsynligvis fordi respondenten ikke har benyttet seg av ressursen.

I figur 5.12 nedenfor viser vi den grad av nytte kommunerespondentene opplever å ha hatt av bruk av fylkeskommunens støtte i casefylkene. Vi ser at flest respondenter, 45, har besvart spørsmålet om nytte av seminarer/webinarer, og her er nytteverdien blant respondentene vurdert som noe lavere enn for de øvrige støttetypene. Blant de 23 som har svart om nytteverdien av direkte støtte fra forskningsmiljø er tilfredsheten høyest, på 96 prosent.

Figur 5.12: Hvilken nytte har du/dere hatt av følgende typer støtte fra fylkeskommunen? Prosent.



I tabell 5.9 nedenfor ser vi oppgitt nytteverdi av fylkeskommunens støttefunksjoner fordelt på *kommuner med og uten tiltak* i spørreundersøkelsen. Vi gjør også her oppmerksom på lav svarprosent blant kommunene uten tiltak, men kan med dette forbehold påpeke at blant de som har svart er det gjennomgående lavere tilfredshet enn blant kommuner med tiltak.

Tabell 5.9: Hvilken nytte har kommunene hatt av utvalgte typer støtte fra fylkeskommunen, fordelt på kommuner med og uten tiltak Gjennomsnitt på 5-punkt skala.

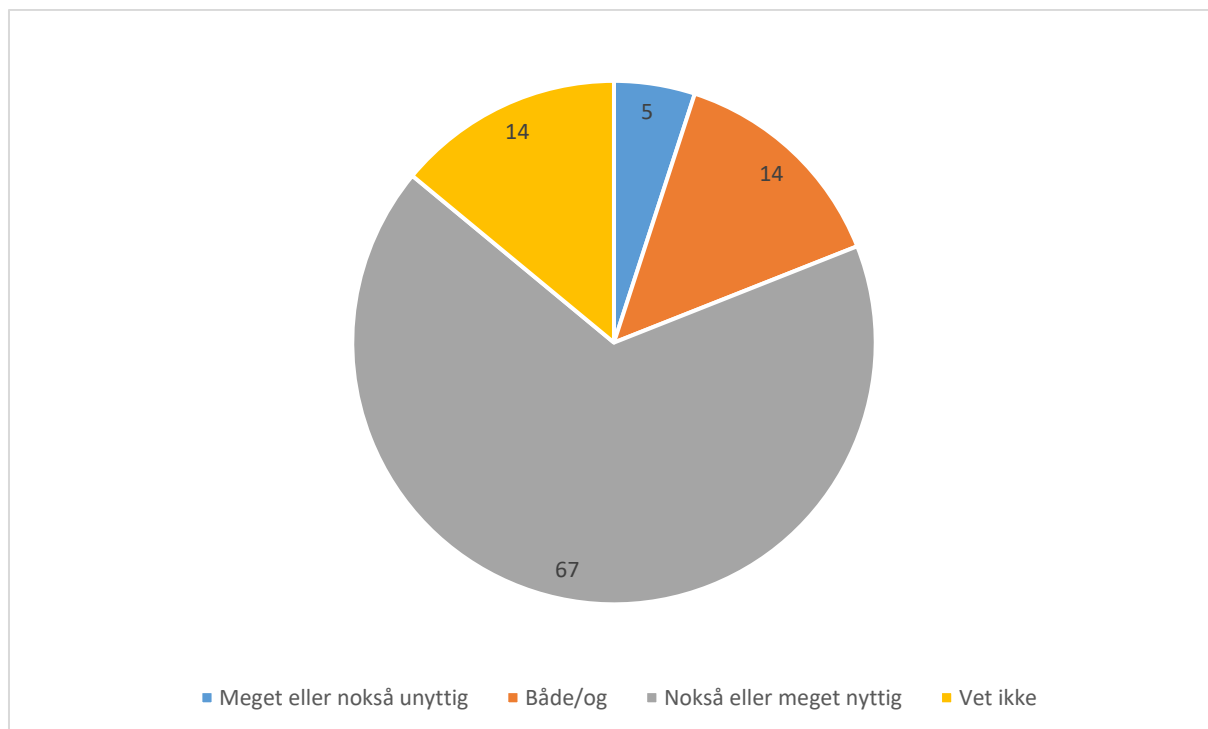
	Kommuner som ikke er med i prosjekt/tiltak ¹	Kommuner som er med i/leder prosjekt tiltak ²
Veiledning	4,00 (N:6)	4,17 (N:30)
Kompetanseheving/tilførsel på seminarer/webinarer	3,63 (N:8)	4,19 (N:37)
Lærende nettverk av kommuner	3,67 (N:3)	4,19 (N:31)
Direkte støtte fra forskningsmiljø	-	4,48 (N:23)
Direkte støtte fra kompetansemiljø	4,00 (N:1)	4,47 (N:15)
Annet	2,33 (N:3)	2,50 (N:2)

Programmet erfares gjennomgående som nyttig av kommunene som er involvert i tiltak. Samtidig ser vi at kommunene som ikke er involvert i tiltak var gjennomgående mer fornøyde med de nettbaserte ressursene enn kommuner med tiltak. Dette har sannsynligvis å gjøre med at disse ressursene er mer tilgjengelige og allmenne enn ressursene som er mer knyttet tiltaksutvikling.

Det er også interessant å spørre om kommuner opplever det som nyttig at andre kommuner utvikler tiltak. Kan de lære og benytte strategier og elementer av tiltaksutviklingen i eget tiltak eller folkehelsearbeid rettet mot barn og unge?

Figur 5.13 nedenfor viser at kommunene i stor grad opplever nytte ved at andre kommuner utvikler tiltak. Selv om 67 prosent av respondentene opplever overføringsverdi, er det en del lavere enn graden av nytteverdi av programmets ressurser (figur 5.11).

Figur 5.13: *Hvor nyttig vil du/dere si at prosjekt-/tiltaksutvikling i andre kommuner (i Program for folkehelsearbeid) er for læring og utvikling av eget folkehelsearbeid rettet mot barn og unge? Prosent. N= 63.*



Kommuner som har tiltak, har i følge fylkesprosjektledere hatt toveiskommunikasjon om tiltaksutvikling, og har inspirert hverandre og lært av hverandre. Samlingene har også i stor grad vært nyttige for erfaringsutveksling. Samtidig finnes også eksempler på at fylkessamlingene ikke oppleves som givende: En kommunerespondent finner at samlinger der kommuner presenterer tiltak kan oppleves mer som rapportering enn som erfaringsutveksling, og at det kan bli gjentakelser av informasjon, «å møtes for å møtes». Utbredelsen av digitale møter de siste par årene har hatt den fordel at prosjektlederne i kommunene unngår lengre reiser. Dette bidrar i denne sammenheng til mer effektiv tidsbruk på samlinger, slik en annen respondent fremhever.

5.7 Programmets nytte for kommuner uten tiltak

Fylkesprosjektlederne finner det vanskelig å stadfeste hva som skiller kommuner uten tiltak fra dem med tiltak. Refleksjoner rundt spørsmålet er at det kan være avhengig av personer, og hvor stor stillingsandel kommunen har til folkehelsearbeid.

Kommunestørrelse og personalressurser har betydning, men her peker prosjektlederne også på variasjoner, med store kommuner som ikke har tiltak og små kommuner som har tiltak. I et fylke erfarer en fylkesprosjektleder at det er de minste kommunene som har hatt den beste gjennomføringen av tiltak blant kommunene i fylket. Små kommuner har likevel gjerne lite kapasitet utover drift. En annen forklaring på variasjon som luftes blant informantene er at det kan være viktig at kommuner deltok i regionale aktiviteter før programmet ble iverksatt, og i hvor stor grad prosjektleder i fylke driver oppsøkende virksomhet. Prosjektlederne i et fylke som etterstreber at alle kommuner skal være involvert i tiltak, vektlegger at de få som ikke deltar er kommuner som

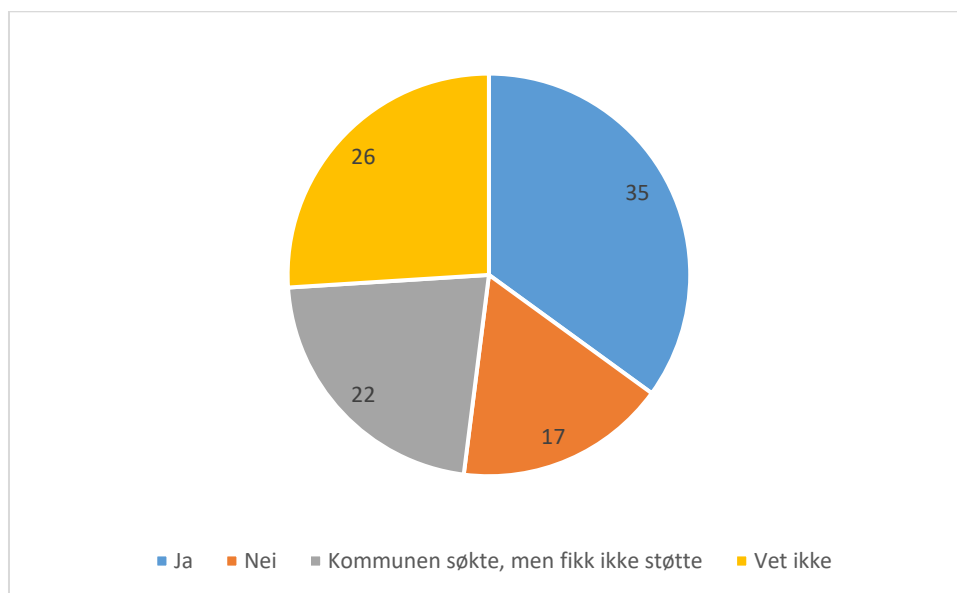
fylkeskommunen har lite kontakt med i det generelle folkehelsearbeidet. Som prosjektleder vurderer kan grunnen være at de ikke har hatt en koordinator eller kontaktperson, eller at de har ikke deltatt på samlinger organisert i fylket, som alle inviteres til. Prosjektleder reflekterer videre:

(...) Om de føler at de jobber godt nok allerede eller om de har kapasitetsproblemer, eller om de allerede har flere prosjekter de har nok med å holde styr på. Eller har de nok med å følge opp de lovpålagte oppgavene? Det er mange prosjekter de kan få midler til, og mange er med på flere (...), så det kan rett og slett blir for mye å holde styr på. Det kan være flere årsaker.

Det vurderes også om akademisk utdanningsbakgrunn gjør det enklere for enkelte kommuner å søke om støtte til tiltak, samt erfaring med å bruke et kunnskapsgrunnlag i en slik prosess spiller nok inn. Disse vurderingene berører programmets forskningsbasis, som kan være en annerledes måte å jobbe på, og som krever kjennskap til akademiske diskurser. Søknadskrivning er, som en prosjektleder sier, en egen sjanger. Det er derfor relevant hva slags forskningskompetanse og bestillerkompetanse som finnes i kommuner, og også hva en skal forvente å finne.

I spørreundersøkelsen er det 23 kommuner uten tiltak som har besvart. Figur 5.14 under viser at blant disse svarte den største andelen (35%), at de har vurdert å søke, men ikke har gjort det, 26 prosent vet ikke om det har vært vurdert i kommunen, mens 22 prosent søkte uten å få tilskudd. 17 prosent av respondentene svarer at kommunen ikke har vurdert å søke. Blant dem som svarte at det hadde vært vurdert, noe som utgjør åtte kommuner, er årsakene til at det likevel ikke ble søkt oppgitt å være økonomi/egenfinansiering i en kommune, personalressurser i fire kommuner, kompetanse til å søke i en kommune, ressurser til å imøtegå utfordringsbilde i en annen, manglende støtte fra fylkeskommunen i en tredje, og «annet» for to kommuner.

Figur 5.14: Har dere vurdert å søke om prosjekt-/tiltaksstøtte? Prosent. N= 23.



Av det samlede datamaterialet er inntrykket at programmets betydning for kommuner uten tiltak ikke har vært et like stort fokus. Materialet tyder på at fylkeskommunene har vært proaktive for å få kommuner til å søke om tilskudd til tiltak, men at de ikke har jobbet like aktivt mot denne gruppa kommuner med å nå ut med programmet for øvrig. Kommuner inviteres til de fleste samlinger, men initiativet begrenses i hovedsak til dette.

5.8 Oppsummering

I dette kapittelet har vi vist at kommunenes tiltak i stor grad er rettet mot psykiske helseutfordringer, mens kun en mindre andel retter seg mot rusmiddelforebygging og svært få mot vold og overgrep. Mange kommuner ser utfordringsbildet knyttet til barn og unges psykiske helse som et utfall av utenforskap/deltakelse, lavinntekt, frafall, utfordringer i bo/nærmiljø og rus. Den dominerende målgruppa er barn og ungdom, med flest tiltak rettet mot ungdomsgruppa, og for en stor del av tiltakene også foreldre/foresatte og ansatte i tjenestene. Den dominerende arenaen for tiltakene er skole, dernest fritidsarenaer og forebyggende helsetjenester. De fleste tiltak retter seg mot flere arenaer samtidig.

Majoriteten av kommunene har tatt i bruk styringsdata i vurdering av utfordringene som tiltaket rettes mot. Dette er et mål i programmet, som evalueringen finner at programmet langt på vei har styrket. Samtidig vet vi ikke hvor langt i dybden kommunene har gått og hvor treffsikkert tiltak er utviklet mot utfordringsbildet. Kommunene har møtt utfordringer i arbeidet med å gjøre opplegg systematisk kunnskapsbasert kombinert med vektleggingen av erfaringsutveksling på fylkessamlinger og inspirasjon fra andre norske tiltak, er vårt inntrykk at innovasjonsaspektet, i likhet med resultatene av Sintefs evaluering, ikke er utpreget. Innovasjon kan dreie seg om at folkehelsearbeid gjøres på en ny måte eller på et nytt område i en kommune.

Langsiktigheten som programmet legger til rette for når det gjelder lengden på tiltaksperioden er den viktigste suksessfaktoren. Tross den store betydningen av dette er det verdt å nevne at utskiftninger i fagadministrasjon, ildsjeler som mister gnist og prosjektlederrollens potensielle ensomhet *kan være* utfordringer i tiltak som varer over flere år. Trang kommuneøkonomi, små ressurser og utfordrende lederforankring er dessuten utfordringer i tiltaksutviklingen. Evalueringskompetansen er spesielt sårbar i kommunene av ovennevnte grunner. Derfor er støttefunksjonene på fylkesnivå spesielt viktige, både gjennom veilederfunksjoner og erfarings- og kompetansenettverk.

Sammenlignet med andre støtteordninger mener kommunene at program for folkehelsearbeid skiller seg ut ved lengden på tiltaksperioden, den kunnskaps/forskningsbaserte innretningen og kontakten med FoU- og kompetansemiljø. Evaluering er en sentral del av tiltaksutviklingen i programmet, og der veiledning og bistand har vært sentralt for gjennomføringen i kommunene. Kunnskapsoverføring og erfaringsutveksling er de innsatsene programmet tilrettelegger for som er mest verdsatt blant tilbud og ressursene. Fylkessamlingene er solide arenaer for dette, som alle typer kommuner er fornøyde med, men som kommuner med tiltak verdsetter høyere enn de uten tiltak. Nettressursene verdsettes til gjengjeld høyere blant kommunene som ikke har tiltak i programmet.

Kommunene som deltar i tiltak skal i stor grad gjennomføre egevaluering, og en stor andel gjør dette i *samarbeid med FoU-miljøer*. Samarbeidet med forskningsmiljøer ser gjennomgående ut til å være vektlagt i tiltaksutviklingen, som kan bidra til at forskningstilnærmingen forsterkes. Mange kommuner inkluderer også målgruppen i evalueringen, men da gjerne forstått som at denne skal intervjues eller få en spørreundersøkelse.

Tiltakene har i stor grad vært utformet gjennom internt samarbeid i kommunen, som vektlegges som en styrke, men også en utfordring i tiltaksutviklingen. Til tross for et stort fokus på medvirkning, er det færre kommuner som har samarbeidet med *frivilligheten*, selv der dette er relevant, og det synes være lav benyttelse av *samskaping* som metodikk. Her ser vi imidlertid noen forskjeller mellom casefylkene. Vi finner også at det er mer vekt på *medvirkning* mot slutten av tiltaksutviklingen enn i starten, som innebærer at frivilligheten i liten grad har deltatt i søknadsarbeid. Utfordringen er også å få til medvirkning på riktig tidspunkt, å mobilisere og treffe målgruppa presist. For mange kommuner har pandemien vanskeliggjort eller forhindret medvirkningsarbeidet.

Kommunene er fornøyd med hvordan fylkeskommunen har støttet opp i søknadsrunden, og for fylkeskommunen har støtten fra forskningsmiljø også vært en nytte for deres veiledningsrolle overfor kommunene. Kommunene opplever å ha god nok kompetanse til tiltaksarbeidet, mens utfordringen er finansiering. Mange kommuner har utviklet tiltak på et område de ønsket å satse på eller til å bygge videre på igangsatt arbeid. Programmet har gitt kommunene nye erfaringer i folkehelsearbeidet når det gjelder samarbeid med forskningsmiljø, og kommunene verdsetter at det gis midler over flere år til tiltaksutviklingen. Kombinasjonen av forskningsformidling og erfaringsutveksling er også verdsatt, der kommunesamlinger som fylkeskommuner organiserer gir høy nytteverdi.

Programmet ser ut til å være mindre nyttig for kommuner uten tiltak enn for kommuner med tiltak, som ikke er overraskende. Selv om alle kommuner inviteres til fylkessamlinger, er det få fylkeskommuner som er proaktive i å inkludere kommuner uten tiltak. Samlet sett er likevel programmets virkemidler viktige og verdsatte bidrag til kommuner i alle ledd av tiltaksutviklingen. Detodikken som utvikles kan bistå kommunene både i dm.flmenne folkehelsearbeidet så vel som i annet utviklingsarbeid som krever systematikk.

6 Fra prosjekt til kommunepolitikk: Muligheter for langvarige virkninger av tiltak

I dette kapittelet setter vi søkelyset på midtveiseevalueringens fjerde problemstilling, om hvordan innsatsområdene og den kunnskapsbaserte arbeidsmetodikken som folkehelseprogrammet legger opp til kan videreføres og få form av *varige strukturer* i kommunens systematiske og langsiktige folkehelsearbeid.

Sintefs følgeevaluering av program for folkehelsearbeid i kommunene (2017-2019) konkluderer med at programmets struktur styrker et kunnskapsbasert folkehelsearbeid, men at forskningsaspektene så som samarbeid mellom kommuner og forskningsmiljø, inklusive evalueringspraksis, lå som utfordringer i undersøkelsestidsrommet. Ved vårt evalueringstidspunkt (2021) vurderer vi prosessmål og hvorvidt det er indikasjoner på at tiltakene kan lede frem mot varige ordninger, tjenester og samarbeid i det langsiktige folkehelsearbeidet.

Før vi diskuterer denne problemstillingen, vil vi også her belyse om kommunene opplever programmet som nyttig. I forrige kapittel undersøkte vi om programmet var opplevd som nyttig i prosessen med tiltaksutvikling. I dette kapittelet vurderer vi den opplevde nytteverdien av programmet for de målområder tiltaket skal treffe, og for kommunens folkehelsearbeid innen målområdet psykisk helse blant barn og unge. I denne forbindelse vil vi diskutere erfaringer og opplevelser for kommuner med og uten tiltak.

6.1 Programmets verdi for kommunenes arbeid med psykisk helse blant barn og unge

Program for folkehelse har blant sine overordnede mål å bidra til det langsiktige folkehelsearbeidet i kommunene. Dette betyr at programmet skal øke kunnskapsnivå og kompetanse om systematisk folkehelsearbeid og hvordan det kan bli kunnskapsbasert. Programmets virkemidler for å nå dette målet, som vi har evaluert, er pedagogiske og økonomiske. Vi konkluderte i forrige kapittel med at disse har hatt størst effekt på kommuner som har fått tilskudd til tiltak.

Tiltakene kan ha langvarig nytte på flere måter. For det første kan involverte og samarbeidsaktører få økt kompetanse om perspektiver, faglig og metodisk kunnskap som de bruker videre i sitt arbeid. Folkehelse kan derved bli oversatt til flere deler av kommuneorganisasjonen og kommunesamfunnet. For det andre kan metodisk og kunnskapsbasert prosessoppgaver brukt i tiltaksutviklingen bli overført til nye områder, og nye samarbeidsrelasjoner kan utvikles seg. Disse to effektene er indirekte, siden de gir synergieffekter. Den direkte effekten vil være at tiltaket blir del av den normale driften i kommunen, og at kommunen implementerer innsatsen rettet mot barn og unges psykiske helse i sitt system.

6.1.1 Tiltaksutviklingens påvirkning på kommunens folkehelsearbeid

I den samlede analysen av intervjuene med fylkesprosjektledere og forskere finner vi samstemthet om at programmets viktigste særtrekk og fordeler er langsiktigheten og vekten på evaluering og FoU-samarbeid, samt arbeidsmåter for utviklingen av det systematiske folkehelsearbeidet.

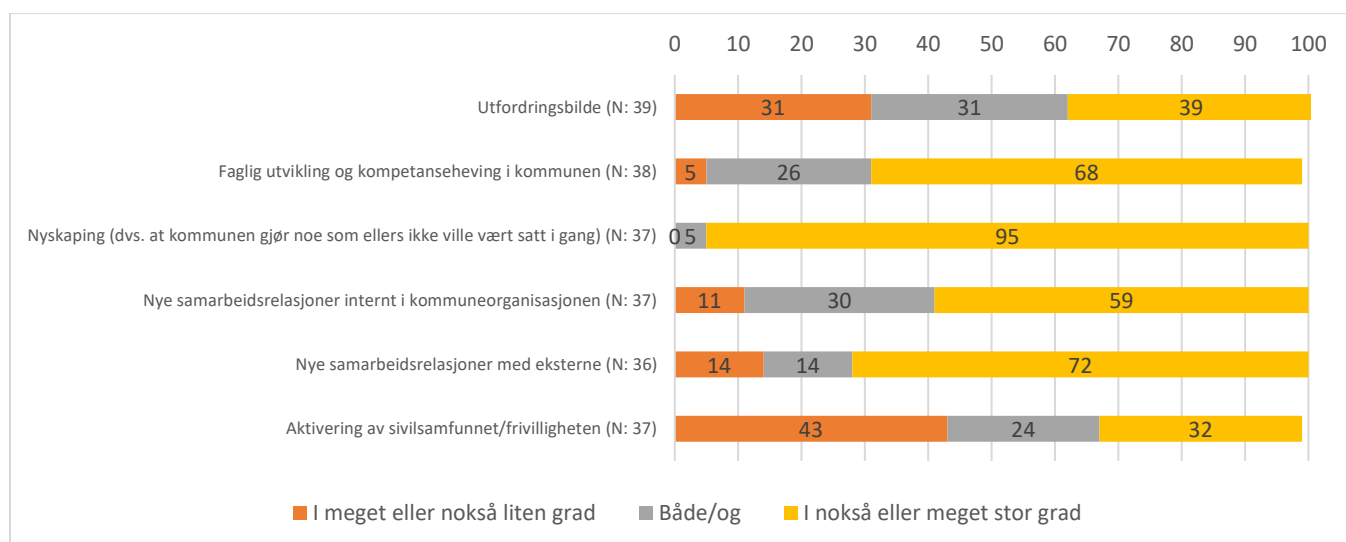
I spørsmål om hva som kreves for at arbeidsmåtene og innsatsområdene i programmet videreføres og blir en del av det systematiske folkehelsearbeidet i kommunene, er fylkesprosjektlederne overordnet sett opptatt av kommunenes kompetanse og ressurser når det gjelder evaluering, prosjektledelse og forskjeller mellom kommuner med og uten tiltak.

Som vi så i 4.2.2 vektlegger fylkesprosjektledere og forskere at innsatsen i samarbeidsorganene er viktig å videreføre. Et spørsmål som er relevant å stille i denne sammenheng er om de skal ha en rolle i det øvrige folkehelsearbeidet. Overordnet sett mener også våre informanter at den nasjonale støtten er viktig, og at dette innebærer å sikre midler til fylkeskommunens folkehelsearbeid, og at KS bør komme mer på banen, slik kommuner også uttrykker ønske om.

Opplever kommunene at tiltaket har hatt påvirkning på funksjoner i kommunens arbeid? Vi har i spørreundersøkelsen spurt kommunene om dette. I figur 6.1 nedenfor kommer det frem at omtrent samtlige kommuner opplever at tiltaket har ført til at kommunen har gjort noe nytt de ikke ville ha prioritert innenfor ordinær drift.

Det er også en høy andel av respondentene som mener at tiltaksarbeidet har bidratt i nokså eller meget stor grad til nye eksterne samarbeidsrelasjoner og til faglig/ kompetanseutvikling i kommunen. Selv om det er 59 prosent som opplever at nye samarbeidsrelasjoner er etablert innad i kommuneorganisasjonen, er det også så mange som 41 prosent som opplever at det i liten eller varierende grad har skjedd. Vi ser også at størst andel av respondentene har svart at tiltaket i meget eller nokså liten grad har ført til aktivering av sivilsamfunnet eller frivilligheten. Det er også jevn fordeling av respondentenes svar på spørsmål om tiltaket har truffet utfordringsbilde, som sannsynligvis avhenger av hvor i årsakskjeden folkehelse tiltaket er rettet.

Figur 6.1: I hvilken grad mener du/dere at prosjektet/tiltaket har hatt påvirkning på følgende områder? Prosent.



De fylkesmessige forskjellene i opplevelsen av hvordan tiltaket har hatt påvirkning er rimelig små, men de er til stede når det gjelder opplevelse av at tiltaket treffer utfordringsbilde, hvorvidt det er utviklet samarbeidsrelasjoner med eksterne, og om nye samarbeidsrelasjoner internt i kommunen.

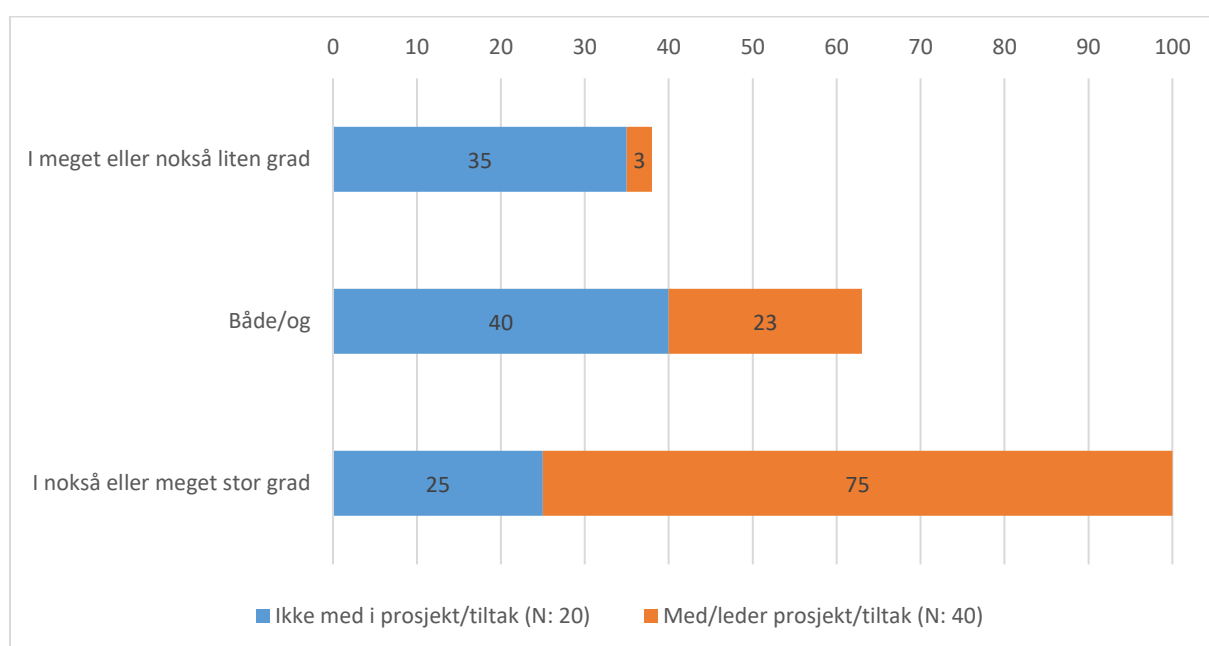
6.1.2 Nye virkemidler i arbeidet med barn og unges psykiske helse

En bakgrunn for etableringen av Program for folkehelsearbeid er at kommunene hadde rapportert om manglende virkemidler for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet, inklusive rusforebygging. I spørreundersøkelsen spurte vi derfor om i hvilken grad prosjektledere og folkehelsekoordinatorer opplever at programmet bidrar til å gi kommunen nødvendig kunnskap og ressurser til dette arbeidet. I spørsmål om kommunene opplever at programmet bidrar med nye virkemidler i folkehelsearbeidet, er det en større andel av respondentene som svarer at programmet bidrar i nokså eller meget stor grad med nødvendig kunnskap til arbeidet med barn og unges psykiske helse. Vi finner her til dels store forskjeller mellom fylkene. Organiseringen av programmet på fylkesnivå har dermed betydning for kommunenes opplevde nytte av programmet

i arbeidet med barn og unges psykiske helse. Samtidig viser undersøkelsen av svært mange kommuner er fornøyde med innsatsen i programmet.

I forrige kapittel konkluderte vi at opplevd nytteverdi blant de pedagogiske virkemidlene var lavere blant kommuner uten tiltak. I figur 6.2 nedenfor ser vi igjen at kommunen som har tilskudd til tiltak i programmet opplever i mye større grad nytten av virkemidlene direkte rettet mot arbeidet for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet, inklusive rusforebygging, enn kommuner uten tiltak. På spørsmål om i hvilken grad prosjektledere og folkehelsekoordinatorer opplever at programmet bidrar til å gi kommunen nødvendig kunnskap og ressurser til arbeidet, svarer 75 prosent av kommunene som har tilskudd til tiltak at de opplever at nytten er nokså eller svært høy. Tre prosent av kommuner som får tilskudd opplever at nytten er nokså eller meget lav, mens dette gjelder 35 prosent av kommunene som ikke har tilskudd til tiltak i programmet. Det er også flere kommuner uten tilskudd som svarer både og på spørsmålet, men her er det også 23 prosent som svarer dette blant kommuner med tilskudd.

Figur 6.2: Programmetts opplevde bidrag med nye virkemidler. Prosent.



6.1.3 Tilføring av ressurser til kommunalt folkehelsearbeid

Langsiktigheten i programmet og i tiltaksperioden er styrker som allment påpekes i evalueringen vår. Systematikken som Program for folkehelsearbeid legger til rette for gjennom programteorien som er brukt, innebærer at utfordringsbildes betydning for mål og metodevalg for tiltak skal følges opp gjennom evaluering. Evalueringen kan derpå hjelpe kommunene til å justere tiltak og innsats etter behov i det vedvarende folkehelsearbeidet i kommunene. En fylkesprosjektleder peker på disse sammenhengene når hen oppsummerer hva som fremstår som programmets fremmere:

at [programmet] varer så lenge, prosjekt er på 3-5 år er bra, og en viktig faktor (...). Og at kommunene er hovedaktør selv om de også synes det er utfordrende. Det er viktig at de sitter i førersetet, og ut fra eget utfordringsbilde får sette agenda. De lærer seg også mye, slik som egnevaluering...

Barn og unges psykiske helse avhenger av en rekke faktorer og årsakssammenhenger, som tiltak innenfor rammen av programmet ikke vil strekke til for å løse. I denne forbindelse er spørsmålet om hva tiltakskommunen velger å måle i evalueringen av tiltakets effekter. En respondent i

spørreundersøkelsen utdyper hva tiltaket muligens kan ha av effekt, samtidig som hen problematiserer om indikatorene for styringsdata vil kunne påvirkes:

Det er selvfølgelig viktig å sette inn tiltak og jobbe for å styrke god medvirkning fra barn og unge i saker som angår dem. Likevel tror jeg at problemstillingen om barn og unges psykiske helse er så kompleks og mangefasettert at vi ikke vil se noen endring i indikatorene vi bruker for å måle barn og unges psykiske helse, etter at prosjektet er gjennomført. Prosjektet kan imidlertid gi bedre livskvalitet og trivsel blant barn og unge, og det kan bidra til å utjevne sosiale ulikheter.

Utsagnet illustrerer behovet for å måle effekter og resultater på riktig nivå, og med riktig metode. Det kan også indikere betydningen av å fange opp og formidle resultatene tiltakene har, siden folkehelsearbeidet er sammensatt, langsiktig, og ikke alltid like målbart.

En annen respondent peker på det kommunale behovet for kunnskapsmaterieell som bidrag til formidling og forankring blant politisk ledelse, den dagen tilskuddsmidlene opphører og arbeidet skal inngå i daglig drift:

Et prosjekt over 3 år vil sannsynligvis gi en kort effekt når det ikke er ressurser til å videreføre tiltakene i organisasjonen. Vi trenger at det blir økt fokus på nytteverdien av forebyggende arbeid/ innsats, som bl.a. gjennom dette programmet. Vi har også behov for hjelp/enklere løsninger til å finne oppdaterte og nyttige kunnskapskilder, da vi ofte ikke har tid til å lete og heller ikke alltid vet hvor vi skal lete – [dette er] veldig viktig for innsalg til politikere og for forankring av innsatsområdene.

Dette behovet blir også påpekt av en fylkesprosjektleder, som er opptatt av at forankring opp mot planarbeidet i kommunene er sentralt for å videreføre arbeidsmåter og innsatsområder:

De som sitter som prosjektledere, det er veldig ulikt. Noen sitter i stab og ser sammenhengen med øvrig planarbeid. Dette er et viktig element for varig arbeid i kommunene. Mens noen prosjektledere ikke er påkopleet det helhetlige planarbeidet i det hele tatt. Det kan være ulikt hvor det er forankra. Det har vi fokus på framover. Noe ulikt hvordan programmet har bidratt til det varig strukturelle i de ulike tiltakene. Men det er jo også opp til hvordan fylket har fungert.

Folkehelsearbeidet koples i noen kommuner tett til planarbeidet, som prosjektlederen her vektlegger som en betingelse for at tiltakene kan videreføres i ordinær drift. Denne fremhever også at stillingsressurser og personavhengig gjør denne forankringen sårbar. Samtidig påpeker en annen fylkesprosjektleder at det kan være nyttig at tiltakene ledes av eller involverer fagpersoner som ikke jobber med planarbeid; Det kan bety spredt kunnskap og økt bevissthet om det systematiske folkehelsearbeidet til instanser som tidligere ikke har hatt kjennskap til dette.

Et annet perspektiv som signaliseres i undersøkelsesmaterialet er at kommunene trenger mer ressurser til et kunnskapsbasert folkehelsearbeid i årene fremover, enten ved videreføring av programmets metodikk for å bedre «kommunenes kunnskapsbaserte og målrettede folkehelsearbeid», og ved styrket kapasitet i kommuneorganisasjon og tverrfaglig samarbeid. I denne forbindelse er det interessant å ta med et utsagn fra en respondent som peker behovet for intersektorielt og tverrfaglig samarbeid også på statlig nivå:

At satsinger blir forankret tverrdepartementalt før de etableres- at alle relevante departement er samlet om satsingene- f.eks. innen helsefremming BU er det svært mange etater/områder som er involvert- da må alle "gå i takt". At helse koordinerer denne satsingen utfordrer f.eks. at utdanning og kultur/fritid ikke er så involvert fra statlig hold.

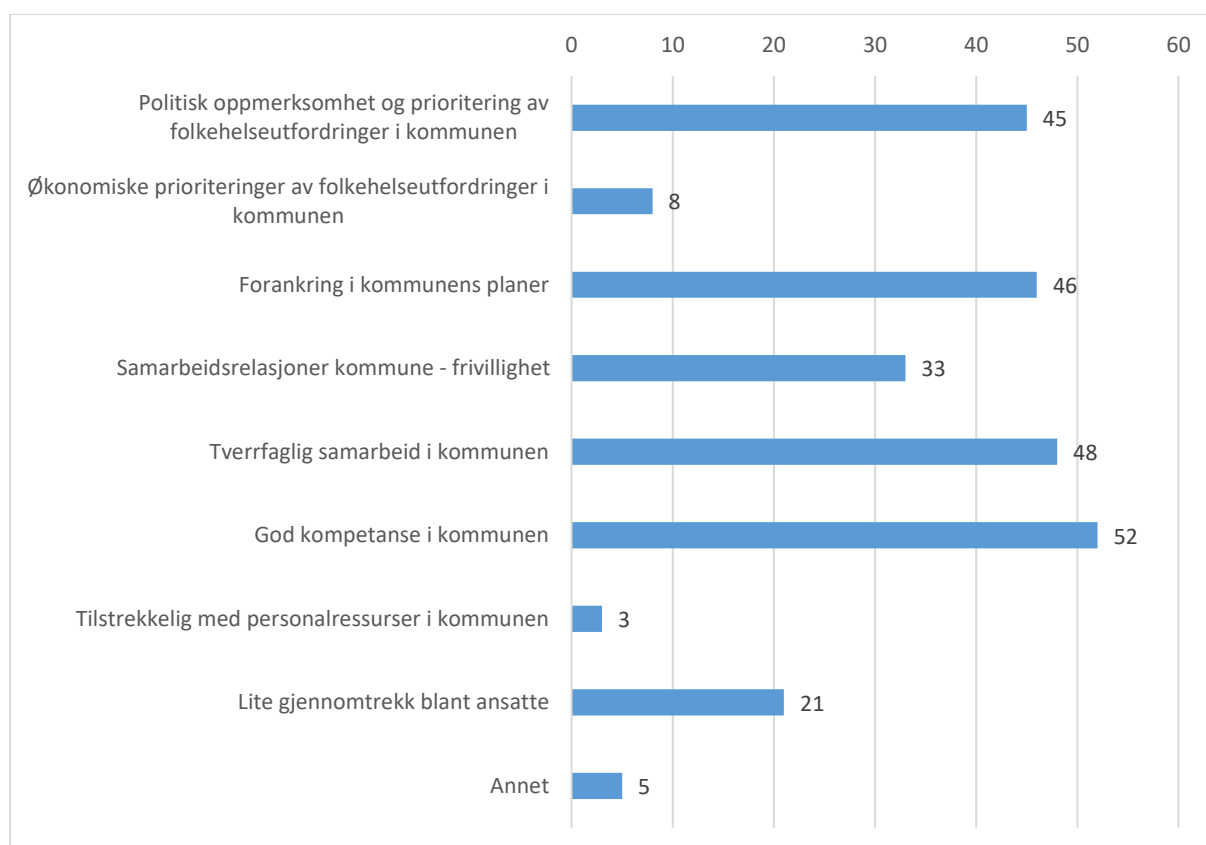
Det kan her nevnes at enkelte kommuner mener at det er vanskelig å skille mellom ulike program og initiativ, og at informasjon om programmet/er kan være uklar. En overordnet koordineringsrolle som sorterer initiativene slik at de samvirker og ikke samrører er derfor viktig.

6.1.4 Kommunens egne ressurser og virkemidler

Som vi har diskutert tidligere i rapporten, fremgår tverrfaglig og tverretattlig samarbeid i kommunene som både en utfordring og en styrke blant kommunene, noe som tilsier at oppmerksomheten blant kommunene på betydningen av internt samarbeid er stort. I dette ligger også behovet for å institusjonalisere folkehelsearbeidet i kommunene, slik følgende utsagn i spørreundersøkelsen indikerer: «I den enkelte enhet foregår det mye godt arbeid - med sterkt faglig engasjement. Utfordringen ligger i å systematisere og forankre dette, og få det over i ordinær drift».

Kommunens styrker i arbeidet med folkehelseutfordringer knyttet til barn og unge er også relevant for at tiltakene skal ha langvarige virkninger. Figur 6.3 viser at over halvparten av kommunerespondentene peker på god kompetanse i kommunen som styrken i arbeidet med folkehelseutfordringer. Nærmere halvparten av respondentene er fornøyd med tverrfaglig samarbeid, forankring i kommuneplaner og politisk oppmerksomhet og prioriteringer. Den eneste forskjellen som peker seg frem mellom fylkene er samarbeidsrelasjoner mellom kommune og frivilligheten.

Figur 6.3: Hva vil du/dere si er de sterkeste sidene ved kommunens arbeid med folkehelseutfordringer knyttet til barn og unge? Prosent. N: 67.



Betydningen av langvarige tiltak og innsats har blitt påpekt av flere respondenter gjennom undersøkelsen, og som en fylkesprosjektleder har fått tilbakemelding om, er dette tidsaspektet viktig for at kommunene finner programmet relevant, også som kopling til det systematiske folkehelsearbeidet: «Kommunene ser at det har vært et veldig viktig program på flere måter, ved

at en får denne støtten og hjelpen fra forskere, at en får lang tid, til å forankre og utvikle (...). Kommunene er glad for å jobbe på denne måten, selv om det i perioder er strevsomt».

Kommunenenes opplevelse av at metodikken for tiltaksarbeid og programmets innretning mot folkehelsearbeidet som positiv, har som prosjektlederen indikerer sammenheng med at det finnes et støtteapparat på fylkesnivå, både fylkeskommunen og forskningsmiljøer, som kan bidra med faglig veiledning i løpet av tiltaksutviklingen. Hvordan denne positive opplevelsen kan videreføres når kommunen skal omsette tiltak til drift, uten den prosjektstøtten som programmet i dag tilbyr, er et viktig spørsmål i den videre utviklingen av programmet.

6.2 Veien videre - hva ser aktørene som viktig?

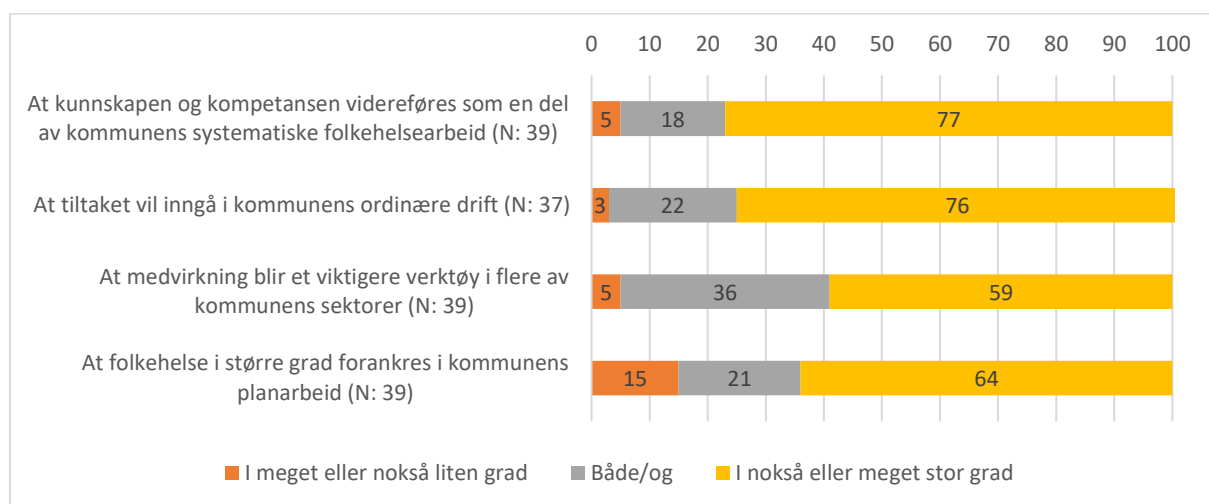
Et av de viktigste langtidsvirkningene programmet har mål om å ha er å bidra til at kunnskapsbasert tiltaksutvikling går over i det regulære folkehelsearbeidet i kommunen. Hvilke betraktninger gjør tiltakshaverne i kommunene seg om mulighetene for overgang fra tiltak til kommunepolitikk? Vi skal diskutere dette spørsmålet med utgangspunkt i hva prosjektledere og folkehelsekoordinatorer i kommunene, fylkesprosjektledere og forskere anser som viktig.

6.2.1 Langtidsvirkninger av tiltak

Fylkesprosjektlederne vi har intervjuet peker på at langsiktighet, fokus på systematisk arbeid og kommunenes handlingsrom (autonomi) er programmets mest sentrale elementer som fremmer det målrettede folkehelsearbeidet. Kommunene i vårt utvalg har stor tro på at tiltaksarbeidet har økt kompetanse som vil tjene det systematiske folkehelsearbeidet på lengre sist, og at tiltaket vil implementeres i kommunal drift.

I underkant av 40 kommuner har svart i spørreundersøkelsen på om de mener tiltaket vil føre med seg langtidsvirkninger på ulike måter, som vi ser av figur 6.4 nedenfor. Flest respondenter mener at kunnskapen og kompetansen vil styrke kommunens systematiske folkehelsearbeid i årene fremover, og hele 76 prosent av de 37 respondentene som har svart på om de tror om tiltaket vil inngå i kommunens ordinære drift, tror det vil gjøre det i nokså eller meget stor grad. Flest respondenter er skeptiske til om folkehelse forankres i kommunens planarbeid som følge av tiltaket. Her svarer 15 prosent av de 39 respondentene at de i liten eller nokså liten grad tror forankringen øker, mens 21 prosent av respondentene er usikre. Samtidig er det også på dette området en høy andel som mener at folkehelse vil forankres bedre i planarbeidet, 64 prosent.

Figur 6.4: Syn på tiltakets langsiktige virkninger. Prosent.



Vi spør en fylkesprosjektleder om hva hen ser som den største nytten av programmet og om det er noe hen savner at programmet bidrar med i tiltaksarbeidet i kommunene, der hen svarer: «At barn og unges psykiske helse settes på dagsorden er det viktigste. Politikerne blir 'utsatt', forstå meg rett, for dette temaet, ved at vi jobber med det, skriver politiske saker og holder dem oppdatert. Kommunene får en gylden mulighet til å teste ut tiltak de ikke har ressurser til i ordinær drift». I dennes forståelse er det det systematiske og vedvarende fokuset og arbeidet med hensynet til barn og unges psykiske helse som vil ha størst virkning, i tillegg til å bidra med økonomiske ressurser til at tiltaket kan gjennomføres.

Langsiktigheten som sikres gjennom ressurstilførsel er også nødvendig i det framtidige arbeidet for å styrke barn og unges psykiske helse, uttrykker en respondent i spørreundersøkelsen. Hen mener også det ikke minst er viktig grunnet effekter av pandemien i denne gruppa:

Når prosjektperioden nå er over, og finansieringen fra Helsedirektoratet stopper, er det viktig at Statsforvalter gjennom sine kommunale fornyingsmidler (skjønnsmidler) i en overgangsperiode støtter tiltakene som er basert på program for folkehelse. Det er avgjørende for å lykkes i videreføringen utover prosjektperioden. Covid-19 har rammet barn og unge og deres miljøer hardt, og i lange perioder med helt og delvis nedstengte skoler og barnehager har det vært krevende å jobbe med integrering av tiltakene.

Betydningen av økonomiske ressurser som kan sikre at innsatsen videreføres blir fremhevet her både avhengig og uavhengig av effektene av pandemien for arbeidet med barn og unge i kommunen.

En forskers anbefaling, som det for mange kommuner er for sent å ta til følge i nåværende tiltaksutvikling, kan være til nytte for fremtidige tiltak: «Jeg sier ikke at penger er løsningen, men å rigge organiseringen i kommunen for videreføring. I starten av prosjektet må det sees hvordan prosjektet kan videreføres. Og ikke mot slutten av prosjektet, da blir det ikke nødvendigvis rigget for å vare på sikt». Å forankre tiltak i kommuneorganisasjonen og mot drift er utfordrende, men som forskeren indikerer viktig i tidlig fase i tiltaksarbeidet for at overføring fra prosjekt til politikk sannsynliggjøres. Forankring har også andre fasetter som vi her skal se på.

6.2.2 Behov for forankring

Kommunene fremmer behov for støtte til forankring og til å styrke samarbeidsrelasjoner for å styrke folkehelsearbeidet videre.

En anmodning fra en kommunerespondent illustrerer behovet for støtte til forankring av folkehelsearbeidet på ledelsesnivå i kommunene: «[Jeg] ønsker at det fokuseres på ansvarliggjøring og oppdatering i folkehelsearbeid i fylkesvise kommunedirektørsamlinger etc. Forankring, prioritering og forståelse på administrativt nivå er krevende arbeid og det er ferskvare».

Forskningsmiljø som har en større involvering i programmet kan bidra til en utvidet empirisk forståelse av dynamikkene i folkehelsearbeidet, som utover programmet vil komme til nytte hvis evalueringsarbeid og forskningsarbeid systematiseres og formidles. Et forskerblikk på tiltaksgjennomføring er interessant å tilføye i denne sammenheng:

Hva skal til for å få til godt folkehelsearbeid? Det er noen kjennetegn ved kommuner som ikke får det til også. I en stor kommune sliter [man] med å finne ut hva de skal gjøre i tiltaket. Over lang tid. I hvert møte kommer ulike forslag og interesser frem, der er det for sterkt engasjement mellom ulike fagpersoner. Men man må ikke tenke på det som mislykket. På overordnet nivå kan en trekke mye god kunnskap om implementering fra folkehelsearbeid i kommuner, vi må ikke tenke at vi skal gjemme dem bort. Vi må kikke på hvilke vilkår kommunene har for å jobbe med folkehelse.

Når vi spør en fylkesprosjektleder i et fylke hva som fremmer og hemmer programmets mulighet for å utvikle nyskapende tiltak som kan integreres i kommunenes langsiktige folkehelsearbeid, peker hen på betydningen av forankring av langsiktig folkehelsearbeid som en utfordring:

Jeg tenker det er en stor utfordring, i folkehelseprogrammet er det lagt opp til at en skal kunne jobbe i en femårsperiode, med tanke på at det skal forankres. Men jeg ser for meg at det kan bli krevende fordi midlene går til prosjektledere. Når prosjektmidlene avsluttes er jeg redd det kan ... Men i andre kommuner igjen er det nye måter å jobbe på som for eksempel ikke koster noe, slik som å sikre medvirkning av unge. Så når det ikke handler om å sikre økonomiske ressurser, men jobbe med måten man arbeider på. Å forsvare å jobbe med kommunale midler med ting du ikke vet virker er krevende, vil jeg tro. Så det vil nok variere mellom kommunene i hvilken grad de greier å implementere det.

Her påpekes det at hvor krevende implementering av tiltak er, vil avhenge tiltakets innretning og økonomiske kostnad. Læringsutkommet av programmets innsatser rettet mot systematisk folkehelsearbeid er derimot bedre sikret, tror fylkesprosjektlederen. Dette samsvarer med øvrige syn på programmets kompetansemessige effekter, slik en annen fylkesprosjektleder oppsummerer det:

De overordnede målsettingene, å lære kommunene å jobbe systematisk med folkehelse, er en veldig lur måte å få fokus på folkehelsearbeid i kommunene. Jeg tror det er helt nødvendigvis ettersom loven er såpass ny. [Jeg] tror kommunene har fått en helt ny bevissthet om folkehelse i eget planarbeid, i alle fall i kommuner i [vårt fylke].

På denne måten fremheves programmets betydning for kommuners helhetlige og systematiske innsats i folkehelsearbeidet ved at flere fagpersoner får kompetanse om betydning av folkehelse-perspektiv og kunnskap i kommunens planarbeid. Tverrfaglig bevissthet og samarbeid om folkehelse i plan internt i kommunen er med andre ord viktig, men det er også regionale støttenettverk for dette arbeidet, slik en annen fylkesprosjektleder uttrykker det:

Kommunene trenger å ha kompetansemiljø og regionale miljø som kan understøtte dem der de er, (...), de trenger et apparat som understøtter dem». En forsker mener dessuten at «Det nasjonale programmet som helhet bør kjenne på noen forpliktelser til å følge opp kommunene etter hvert, slik at de etablere strukturene består.

Synet på programmets styrker som formidles i dette sitatet er at innsatsene må videreføres på fylkesnivå slik at kommunene beholder faglige partnere utenfor egen organisasjon. Her mener vedkommende også at programmet bør bidra til å videreføre de strukturene som er skapt i programperioden.

6.2.3 Styrking av samarbeidsrelasjoner

En annen kommunerespondent fanger avslutningsvis i spørreundersøkelsen opp mangelen på sterke samarbeidsrelasjoner internt i kommuneorganisasjonen og med frivilligheten, som et langsiktig arbeid som kan trenge mer støtte: «Et ønske om støtte videre ville være muligheter for å fortsette implementeringsarbeid og systematisk innsats på tvers av etater og opp mot frivillig sektor». Involvering er også ifølge en fylkesprosjektleder et viktig virkemiddel, som fylket ønsker skal vektlegges i evalueringen, slik at forståelsen av dets betydning spiller over i implementering:

[!] folkehelsearbeid har det vært viktig å ha med folk, og de er flinke til det. I alt teorigrunnlag kommer empowerment, involvering. Det er det som er folkehelsearbeid, det er ikke det samme som hjelpearbeid. Det har de skjønnet

intellektuelt. Om de får det til er noe annet. Noen får det til, men får ikke forklart hvorfor, kanskje de bare har gode relasjoner. Men noe av dette prøver vi å fange opp i evalueringene vi gjør i kommunene.

Fylkeskommunen må i tiden fremover vurdere hvordan veilederrolle overfor kommunene kan videreføres, når tiltak skal implementeres. En fylkesprosjektleder diskuterer utfordringen med å finne midler når tiltakene nå går inn for landing. Hen peker samtidig på at ulike kilder til tilskudd og finansiering er relevante:

Prosjektene har gått inn avslutning alle sine aktiviteter og tiltak i 2021. Det er laget et nytt [regionalt] prosjekt på basis av programmet, med støtte fra skjønnsmidler hos Statsforvalteren, (...). Forskningsprosjekter er på gang. Et av prosjektene fikk midler fra Norges forskningsråd (NFR) for 2019-24. Så er det ett annet prosjekt der flere av kommunene som har vært med i programmet skal utvikle et forskningsprosjekt som de har søkt midler om i NFR i samarbeid med forskningsmiljø. Det er resultater av perioden.

Kommuner og fylkeskommune søker på denne måten midler til å videreføre arbeidet, som innebærer at videreføring av innsatsen kan være avhengig av at det finnes skjønnsmidler mv., eller at partnerskap er dannet der det er ressurser til å søke midler i de mer konkurranseutsatte programmene, slik som i Norges Forskningsråd (NFR). Samtidig er dette som fylkesprosjektlederen også resultater av programmets innsatser.

Programmet har skapt et momentum i folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge som mange av aktørene opplever som viktig å bygge raskt videre på, også ved å inkludere flere kommuner. En fylkesprosjektleder er usikker på om hen tror tiltak går over i vanlig drift, men er likeledes opptatt av at innsatsen må holdes oppe blant tiltakskommuner og initieres blant nye kommuner:

Det er litt tidlig å si, selv om jeg vet at kommunene har lært mye samtidig er de flinkest i klassen som søkte oss om midler. Det er de som allerede jobber godt med dette er min opplevelse. Så fokuset bør absolutt holdes oppe for mange kommuner er ikke med, hvordan kan en få kompetanseheving til de og, hva er behovet deres, hvorfor er de ikke med. Jeg håper disse elementene med at tiltaket skal være kunnskapsbasert og bruke oversiktsarbeidet og evaluering er punkter som en kommer til å ha fokus på også i fremtiden.

Her vektlegges at kommuner som gjennomfører tiltak i det gjeldende fylket var blant dem som har et sterkt folkehelsearbeid, og at folkehelsearbeidet i kommuner uten tiltak trenger å styrkes i tiden fremover. Det mangler kunnskap om hva denne gruppen har behov for, og vår spørreundersøkelse har for få respondenter og svar på dette spørsmålet til å gi et fullverdig bidrag. Enkelte kommuner kan ha generelt små ressurser. I denne sammenheng kan vi sitere en prosjektleder sitt hjertesukk om at folkehelsekoordinatorstillingen var redusert fra 20 til 10 prosent, etterfulgt av et spørsmål om hvor godt folkehelsearbeid en får gjort i den stillingsbrøken?

Samtidig er det blant mange tiltakskommuner et stort skolefokus, med den effekt at mange kommuner har skoleledere og lærere som prosjektledere. Det vil dermed være mulighet for at folkehelseperspektiv og folkehelsearbeid spres til flere av skolens sektorer, slik som oppvekstsektoren, og som dermed gjennom programmet kan ha skapt et større eierskap til folkehelsearbeidet i kommunen. Dette fremheves av en fylkesprosjektleder som positivt, fordi denne sektoren ikke er kopleet på samfunnsplanlegging og folkehelsearbeid i mange kommuner.

6.2.4 Videre støtte på fylkesnivå til det systematiske folkehelsearbeidet

Fylkesprosjektledere mener det er mye fokus og bevissthet på videreføring blant kommunene, men at det er viktig at samarbeidet med fylkeskommune og FoU- og kompetansemiljø videreføres og sees i sammenheng med annen relevant innsats. En fylkesprosjektleder illustrerer dette ved å si at

«Metodene og måten å jobbe på vil de ta med seg (...). Ansvaret ligger ikke bare på kommuner, men også at fylket lærer, og ser det i sammenheng med andre store satsinger som vi har». I et annet fylke, som er i avslutningsfasen, har man sett at «Det sitter det mye kunnskap igjen hos dem, de har lært seg mye, flere kommuner har videreført i drift det har de jobbet med i implementering og budsjetter det siste året, så mange viderefører nok». Det er også tro på at samarbeidsrelasjoner vil kunne vedvare, slik en annen fylkesprosjektleder oppsummerer det:

Kommunene skal samarbeide om oversiktsarbeid, og flere andre interkommunale samarbeid tror vi vil fortsette. Og at kommunene har fått et godt nettverk, god kontakt med kompetansemiljøene er også viktig. Den kontakten skal forhåpentligvis ikke forsvinne, tross utskiftning av folk. Vi tror den vil fortsette.

Samtidig legger fylkesprosjektledere vekt på at kommunene i mange tilfelle trenger god støtte i det videre oppfølgingsarbeidet, «For det å endre måten å jobbe på det tar tid», og at hvis støtten forsvinner, kan kommunen falle tilbake til gamle mønstre: «Hvis vi slutter (å følge opp) går en tilbake til gamle måter å jobbe på. De trenger videre oppfølging og at det blir lagt frem på en måte så det blir fornuftig og overkommelig for kommunen å jobbe slik». Små kommuner med lite ressurser er spesielt sårbare. Bekymringen gjelder særlig når de finansielle midlene tar slutt. En generell erfaring er at kommunen raskt snur seg i retning nye midler og legger opp arbeidet deretter. Et felles synspunkt er at «skal det bli dreis og fult med denne måten å jobbe på må vi absolutt gi mer gass på dette».

Som nevnt tidligere blir det fremhevet at kommunene trenger et støtteapparat og et regionalt miljø. Dette dreier seg om å bistå til å skape gode strukturer for det systematiske folkehelsearbeidet og det kunnskapsbaserte arbeidet inn mot de kommunale planprosessene. Blant annet har blitt «mye mer prekært», at kommunene skal ha gode oversiktsdokument- og kunnskap. Det trengs det vi kan kalle en mediatorrolle for å kople kommunene til FoU- og kompetansemiljøene, og bistå til medvirkningsprosesser.

Et generelt ønske er at man i fremtidig tiltaksutvikling samkjører bedre med andre, nasjonale satsinger, slik det her er uttrykt av en fylkesprosjektleder: «Tiltaksutviklingen blir litt på siden av de store politiske togene som går. Kan man ikke samkjøre bedre?». Et annet ønske er at man ved oppstart av en såpass stor og langvarig satsing ikke opererer med svært korte tidsfrister. Dette kan innebære en ekstrabelastning for fylkeskommunen og det kan bety for lite tid til forankring. Når det settes krav om nye strukturer på fylkesnivå og at tiltakene skal være nyskapende og evalueres, krever det tid til utforming.

6.2.4.1 Forutsigbarhet

Spesielt i fylkene hvor tiltakene nå er i en avslutningsfase, etterlyser prosjektlederne en klargjøring av veien videre for programperioden. Blir det mulig å søke videre midler?

Et annet moment gjelder fylkeskommunens planarbeid, hvor fylkene er avhengig av å få oversiktsdataene fra Helsedirektoratet og Folkehelseinstituttet i tide, før planstrategien legges, i følge en fylkesprosjektleder: «Det nytter ikke å få de dataene, når de store hovedstrukturene er bestemt».

Fra FoU/kompetansemiljø er man opptatt av en forenkling av den finansielle modellen, hvor tiltakene får programmidler fra fylkeskommunen og deretter avsetter evalueringsmidler til FoU-miljøene. For et FoU-miljø som er inne i mange tiltak, er dette tungvint og arbeidskrevende:

Den biten kunne vært forenklet (...) de midlene kommunene uansett må bruke på ekstern evaluering kunne på en eller annen måte gått direkte fra Fylkeskommunen til FoU-miljøene, og ikke innom hver kommune. Da ville vi FoU-miljøer også sluppet å ha mange små kontrakter med kommunene og heller forholdt oss til en større med Fylkeskommunen.

I et annet fylke er fylkesprosjektleder spent på om kommunene har opparbeidet seg kompetanse til å kople til og integrere tiltaksarbeidet i planarbeid også etter at prosjektet er slutt, det vil si om de har utviklet «bærekraftige strukturer»:

Jeg tror det er muligheter, og det er flott at satsingen har vært og skal være over flere år. Likevel tar pengene slutt halvveis i prosjektet. Forutsetningene varierer veldig, derfor er det stor variasjon i mulighetene for at de skal være varige. Jeg sier ikke at penger er løsningen, men [det er viktig] å rigge organiseringen i kommunen for videreføring. I starten av prosjektet må det sees hvordan prosjektet kan videreføres. Og ikke mot slutten av prosjektet, da blir det ikke nødvendigvis rigget for å være på sikt (...). Det må være utvikling av kompetanse i kommunene til å ivareta de mulighetene.

Siden betingelsene for satsing på folkehelsearbeid og innsats rettet mot barn og unges psykiske helse varierer, indikerer fylkesprosjektlederen at støtte til kommunenes organisering av folkehelsearbeidet gir større sannsynlighet for at innsatsen blir varig, og at dette knytter seg til styrking av kompetansenivået i kommunene. For en annen fylkesprosjektleder innebærer programmets virkemiddelbruk og måloppnåelse en forlengelse av støtten til kommunenes folkehelsearbeid, der «det nasjonale programmet som helhet bør kjenne på noen forpliktelser til å følge opp kommunene etter hvert, slik at de etablerte strukturene består».

Programmet spiller en viktig rolle for læring og kunnskapsspredning. Dette aspektet er gjennomgående både poengtert og verdsatt blant aktørene. Læringsaspektet kan derfor påpekes tydeligere i programmet, mener en fylkesprosjektleder, som sier at «Intensjonen ved programmet er å lære seg å jobbe kunnskapsbasert. Mens det å jobbe med barn og unge bare er et 'case' for å lære seg det. Og det burde løftes bedre frem». Casetilnærmingen kan som sitatet illustrerer tydeliggjøre læringsaspektet. Forventninger til resultater vil avhenge av hvilken tilnærming og tydeliggjøring av denne man velger. Samtidig som kunnskapsspredningen står i sentrum for tiltaksutviklingen er det viktig for kommunene at innsatsen deres mot barn og unges psykiske helse gir resultater. Det er derfor viktig å stille spørsmål ved om målhierarkier er tydeliggjorte i programmet så vel som i kommunenes tiltaksutvikling.

6.3 Oppsummering

Evalueringen finner at programmet har hatt betydning for nye satsinger, samarbeidsrelasjoner og økt kompetanse i kommunenes folkehelsearbeid. Funn fra spørreundersøkelsen viser at omtrent samtlige kommuner opplever at tiltaket har ført til at kommunen har gjort noe nytt de ikke ville ha prioritert innenfor ordinær drift. Det er også en høy andel av respondentene som mener at tiltaksarbeidet har bidratt i nokså eller meget stor grad til nye eksterne samarbeidsrelasjoner og til faglig/ kompetanseutvikling i kommunen. De fylkesmessige forskjellene i opplevelsen av hvordan tiltaket har hatt påvirkning er rimelig små.

Mens det kun tegner seg noen mindre variasjoner i erfaringer av programmets nytteverdi, som generelt vurderes som høy, er det et tydelig mønster at verdien er mye større blant kommuner som er involvert i tiltaksutvikling. Vi finner variasjoner mellom fylker og kommuner med og uten tiltak i hvor nyttig kommunene opplever programmet i arbeidet med barn og unges psykiske helse. I spørreundersøkelsen oppgir over halvparten av respondentene at de opplever at programmet bidrar med nødvendige ressurser og kunnskap til arbeidet med barn og unges psykiske helse og livskvalitet. Her er det likevel forskjeller mellom fylkene. Vi finner også at kommuner som har tilskudd til tiltak i programmet opplever i mye større grad nytten av virkemidlene i programmet enn kommuner uten tiltak.

Kommunens styrker i arbeidet med folkehelseutfordringer knyttet til barn og unge er relevant for at tiltakene skal ha langvarige virkninger. I spørreundersøkelsen peker over halvparten av

kommunene på god kompetanse i kommunen som kommunens styrke i arbeidet med folkehelseutfordringer. Nærmere halvparten er fornøyd med tverrfaglig samarbeid, forankring i kommuneplaner og politisk oppmerksomhet og prioriteringer.

Kommunene opplever gjennomgående at metodikken for tiltaksarbeid og programmets innretning mot folkehelsearbeidet er positiv. Dette har sammenheng med at det finnes et støtteapparat på fylkesnivå, både blant fylkeskommunen og forskningsmiljøer, som kan bidra med faglig veiledning og diskusjon i løpet av tiltaksutviklingen.

Programmets langtidsvirkninger er at kunnskapen og kompetansen vil styrke kommunens systematiske folkehelsearbeid i årene fremover. Dettemener flest kommuner i spørsmål om hva kommunene mener tiltaket vil føre med seg. Mange kommuner tror også at det er stor sannsynlighet for at tiltaket vil inngå i kommunens ordinære drift. Det er større skepsis til om medvirkning blir et viktigere verktøy i kommuneorganisasjonene som følge av tiltaket.

Fylkene har hatt en sentral rolle i å etablere og samordne FoU-arbeidet overfor kommunene. Denne mediatorrollen har vært krevende, kompetansemessig, organisatorisk, så vel som ressursmessig. Samtidig er etablerte FoU- samarbeid en av de viktigste styrkene til programmet. Dette gjelder på flere nivåer; direkte overfor kommunene, fremveksten av et bredere og tettere samarbeid FoU- og kompetansemiljøene imellom og mellom disse og fylkeskommunen.

Det er stor enighet om at dette samarbeidet er avgjørende å videreføre og videreutvikle, både i programperioden og ikke minst deretter. Det representerer relasjoner og strukturer som intervjupersonene erfarer går rett til kjernen av det kunnskapsbaserte folkehelsearbeidet og som også vil kunne ha betydning ut over programmet, på andre områder.

6.3.1 Utfordringer for overføring til varig drift

- Mangel på sterke samarbeidsrelasjoner med frivilligheten og internt i kommuneorganisasjonen innebærer behov for mer støtte i et langsiktig arbeid
- Kommuner har behov for støtte og kunnskapsmateriell som bidrag til formidling og forankring blant administrativ og politisk ledelse
- Kapasitet i kommuneorganisasjon og utfordringer ved tverrfaglig samarbeid er betingelser som setter et kunnskapsbasert og langsiktig folkehelsearbeid på prøve
- Forankring av langsiktig folkehelsearbeid i plansystemet og kommuneorganisasjonen er viktig men krevende, spesielt for å gi legitimitet til tiltak man ikke vet om har en effekt

6.3.2 Mulighetene for overgang fra tiltak til kommunepolitikk

- Programmet har skapt momentum som er en styrke som bør holdes oppe blant kommunene som har jobbet med tiltaksutvikling
- Styrket kapasitet i kommuneorganisasjon og kompetansebygging om prosjektledelse
- Inkorporering av folkehelsearbeidet i kommunens helhetlige (og tverrsektorielle) planlegging.
- Videreføring av programmets metodikk for å bedre «kommunenes kunnskapsbaserte og målrettede folkehelsearbeid»
- Kontinuerlig læring og erfaringsoverføring om systematisk folkehelsearbeid i kommunene med støttefunksjoner på fylkesnivå utover tiltaks- og programperioden
- Folkehelsearbeidet i kommuner uten tiltak trenger å styrkes i tiden fremover. Det mangler kunnskap om hva denne gruppen har behov for

6.3.3 Samskaping på veien videre mot strategisk planlegging?

Som vi diskuterte i avsnitt 3.2., er samarbeid og involvering fundamentet i arbeidet med komplekse samfunnsutfordringer, slik som folkehelse er. Det systematiske folkehelsearbeidet følger på mange måter den strategiske planleggingens logikker, selv om det i sistnevnte ikke er vekt på evaluering. Både folkehelse og plan vektlegger kunnskapsgrunnlag, systematikk, og hva vi kan kalle verdikjeder fra mål til resultat.

Som for systematisk folkehelsearbeid, som vektlegger forankring og tverrfaglig samarbeid, skal strategisk planlegging innebære koordinering av interesser og samordning av oppgaver på et område (Aarsæther m.fl., 2018). Dette har vi i kapitlet diskutert som betingelser og utfordringer for de langsiktige virkningene av folkehelse tiltakene, som noe aktørene vektlegger i tiltaksutviklingen.

Planprosesser skal lede ut i implementering, men de er også en arena for samarbeid, akkurat slik tiltaksutvikling i folkehelsearbeidet kan være det. I annen forskning ser vi også at aktørene i folkehelsearbeidet er bevisste på betydningen av medvirkning og at hvordan den foregår skaper betingelser for effekten av den, som ideelt sett krever en ressursbasert tilnærming (Hofstad og Bergsli, 2017). Som på andre samfunnsområder er god medvirkning imidlertid også i folkehelsearbeidet vanskelig å realisere i praksis. Det er derfor viktig å beholde og forsterke et fokus på involveringsmetodikk generelt, og ta steget videre til en samskapingsmetodikk spesielt.

Samskapingsperspektiv preger relasjonene mellom FoU/kompetansemiljø og kommunene og i flere fylker relasjonene mellom fylkeskommune og FoU- og kompetansemiljø. Vi ser etablering av langvarig samarbeid mellom kommuner og FoU/kompetansemiljø som ser ut til å ha ført til fyldigere og mer langvarige former for samarbeid. Det kan i denne sammenheng være nyttig å skille mellom *tynn* og *tykk samskaping* (Kobro m.fl., 2018). Formene kan tenkes som ytterpunkter i et kontinuum hvor det først og fremst er tidsaspekt og grad av fasthet i roller og strukturer som gjør dem ulike. *Tynn samskaping* viser til dialog og samarbeid i en mer ad-hoc preget form, knyttet til avgrensede faser eller hendelser. *Tykk samskaping* innebærer en mer kontinuerlig utveksling hvor roller og relasjoner i større grad har blitt omdefinert og kan antas å få en viss varighet over tid og ha større potensial for virkning på samfunnsnivå. Vi ser begge disse samskapingsrelasjonene i vårt materiale. Samskaping på dette området vil være viktig både i den resterende programperioden og ikke minst i styrkingen av det langstige, systematiske folkehelsearbeidet.

7 Hovedfunn og anbefalinger

Midtveiseevalueringens formål er å fremskaffe kunnskap og gi vurderinger for hvordan virkemidlene kan innrettes i den gjenstående delen av programperioden for å kunne nå programmets målsettinger. Vi har analysert et bredt datamateriale og på bakgrunn av denne gjennomgangen vil vi fremheve noen hovedfunn og gi anbefalinger for virkemiddelbruken videre.

Hovedmålsettingen for programmet er at kommunene har etablert et systematisk og langsiktig folkehelsearbeid, og integrert psykisk helse og rusmiddelforebygging som del av dette.

Evalueringen viser at programmet er på god vei mot å nå denne målsettingen, med noe variasjon, særlig med henblikk på kommuner med og uten tiltak. Nedenfor gi vi vurderinger av de ulike virkemidlene og videre anbefalinger. Hvordan har de ulike virkemidlene fungert, og hva bør man gjøre mer av? Hva har ikke fungert så bra, og bør justeres eller endres fremover?

Mange av virkemidlene er rettet mot flere aktørgrupper. Vi ser det derfor som hensiktsmessig å i hovedsak behandle virkemiddelbruken og anbefalingene i tilknytning til de ulike aktørgruppens rolle i programarbeidet. Dette gir noe overlapp mellom tema, som likevel er nyttig for å belyse hvordan samme virkemidler har betydning for flere felt og aktører.

7.1.1 Fylkeskommunens rolle og rammebetingelser

Sentrale virkemidler i programmet er knyttet til *fylkeskommunens rolle*. Vi har sett at de har en viktig mediatorrolle som bindeledd mellom Helsedirektoratet og kommunene. De har koordinert og samordnet tiltaksutvikling og etablert kontakt med, og strukturer for, samarbeid med FoU- og kompetansemiljø. Denne strukturen har i store trekk fungert veldig bra.

I hovedsak, unntatt momenter i oppstartsfasen, synes fylkeskommunen at de har fått svært god hjelp og støtte fra Helsedirektoratet. Og blant de tingene kommunene er mest fornøyde med når det gjelder ressurser i programmet, er de som er knyttet til kunnskaps- og kompetansestøtte (til dels via FoU/kompetansemiljø) og oppfølging fra fylkeskommunen. Før vi går inn på delaspesker, vil vi peke på at dette ikke er gitt. I implementering av andre, statlige satsinger på tilgrensende felt kan man ha gjort andre erfaringer. I gjennomføring av Regionprosjektet fra 2003-2006, opplevde kommunene uklare styringssignaler fra statlige myndigheter som blant annet medførte målforskying i prosjektet (Baklien m.fl. 2007).

Programmet har forutsatt at fylkeskommunen bruker egne midler til prosjektledelse og oppfølging av kommunene. Det er betydelige forskjeller mellom fylkene hvor mye de har satt av til dette. Det er også ganske ulikt i hvilken grad fylkene, da programmet startet opp, allerede hadde organisatoriske strukturer, planer og arbeidsmåter i det systematiske folkehelsearbeidet som programmet kunne kobles til og dra nytte av. Fylker med større kapasitet på folkehelsearbeidet har hatt tettere kontakt med evalueringsmiljøene og bidratt med ekstra midler til samarbeid og koordinering miljøene imellom. Disse fylkene har også i større grad initiert kunnskapsutvikling utover det direkte evalueringsarbeidet i tiltakene, slik som langsgående, mer samlede evalueringer der man ser flere tiltak i sammenheng, eller evaluering av egen programutvikling. Det betyr at programmet har hatt ganske ulike rammebetingelser i de ulike fylkene og at disse omkringliggende ressursene har hatt relativt stor betydning. Det kan også bidra til at fylkene i ulik grad vil kunne nyttiggjøre seg erfaringene fra tiltaksutviklingen i det fremtidige arbeidet.

- Vi anbefaler å videreføre og styrke fylkeskommunens rolle som mediator; mellom Helsedirektoratet og tiltak/kommuner og i rollen med samordning, oppfølging og støttefunksjon for tiltak og kommuner i fylket. Det gjelder også rollen som mediator mellom kommuner og FoU/kompetansemiljø.
- I den resterende programperioden bør det gis særlig oppmerksomhet til fylkenes ulike forutsetninger for programgjennomføring og styrking av fylkeskommunens organisatoriske

og finansielle betingelser for arbeidet. Dette vil også ha betydning for fylkeskommunens kapasitet til å følge opp kommuner uten tiltak og som FoU- og kompetansemiljøene har lite kontakt med.

- I nye runder med tiltaksutlysninger må det sikres at prosjektledelsen har tilstrekkelig ressurser til dette arbeidet og at de faste arbeidsoppgavene ikke blir skadelidende.
- En lang programperiode gjør at man har erfart flere utskiftninger i prosjektledelsen. Det må legges til rette for god kunnskapsoverføring om programarbeidet internt.

Når det gjelder programeiernes rolle overfor fylkeskommune, har vi sett at unntatt korte tidsfrister og noe uklare signaler i oppstartsfasen i de første programfylkene, har Helsedirektoratets rolle opplevdes som støttende og svært nyttig for fylkene. Det gjelder tilgjengelighet og dialog med prosjektlederne og kompetansehevende tiltak og nasjonale samlinger

- Helsedirektoratets rolle overfor fylkene videreføres i programperioden
- I nye runder med tiltaksutlysninger må fylkeskommunen gis tilstrekkelig tid til søknadsprosessen og dialog med kommunene. Dette har betydning for tiltakenes form og innhold.

Læringsnettverkene ble rettet mot fylkene inntil alle kom med i programmet i 2019. Følgeevalueringen finner at disse opplevdes som relevante og nyttige. I etterkant har KS, ved deltakelse på samlinger, og sikring av en veileder i egnevaluering, hatt en viktig rolle. Fylkene etterlyser imidlertid mer aktiv støtte fra KS når det gjelder hjelp til implementeringsarbeidet i kommunene. Dette er viktig for integrering av tiltaksutviklingen i det langsiktige og systematiske folkehelsearbeidet.

- Det anbefales at KS involveres sterkere i fylkenes og kommunenes behov for å styrke tiltakenes integrering i det langsiktige, systematiske folkehelsearbeidet.

Folkehelseinstituttet har særlig bidratt med kompetansebygging i evalueringsarbeidet overfor fylker og i noen grad enkelttiltak. De har hatt en særlig aktiv rolle i opplæring om egnevaluering.

- Folkehelseinstituttets rolle videreføres. Dette er viktig ved oppstart av nye tiltak.

Når det gjelder *samarbeidsorganenes* rolle, som oppgis som en sentral struktur og virkemiddel, er deres funksjon og virkemåte grundig belyst i følgeevalueringen og våre funn og vurderinger skiller seg ikke vesentlig fra disse. I årene som har gått siden sist evaluering, har imidlertid flere fylker blitt tatt opp i programmet og organene i de tidligste fylkene har endret rolle. I flere av fylkene som tok opp kommuner i en eller to årspuljer og ikke åpnet for flere søknadsrunder, har samarbeidsorganet fått en mer «følge-med rolle» og en mindre aktiv rolle enn tidligere. Det varierer i hvilken grad organene er bygget på strukturer etablert forut for programmet og hvor bredt sammensatt de er. Vi ser også variasjon i hvilke instanser som er representert. Det tydeligste skillet går mellom i hvilken grad, og hvilke typer, frivillige organisasjoner som er medlemmer, og hvor stor andel av fylkets kommuner, og om kommuner utenom tiltaksordningen som er med. I bredt sammensatte samarbeidsorgan- som oftest bygger på tidligere strukturer, har organet etablert egne arbeidsgrupper for å håndtere søknadsprosessene knyttet til tiltak og følge tiltakene tettere. Det reiser spørsmålet om det er disse som representerer «det egentlige» samarbeidsorganet.

Vi har ikke gått dypere inn i organenes virkemåte og har ikke grunnlag for å vurdere i hvilken grad sammensetningen har formet tiltaksutformingene når det gjelder å sette kriterier for søknadene og vurdere dem. Men det er indikasjoner på at dette kan ha betydning. Spesielt fylker som er i ferd med å lande sine tiltak, vurderer hvordan samarbeidsorganets rolle kan videreføres og integreres i fylkets øvrige folkehelsearbeid. Det vil antakelig få en bredere rolle enn i dag. For noen fylker kan dette innebære å integrere strukturen i det øvrige arbeidet og/eller legge nye oppgaver til organet.

- Avhengig av hvordan, og i hvilken grad fylket deltar i den videre programperioden, vurderes samarbeidsorganet sammensetning og virkemåte.

- Det bør legges vekt på hvordan organet kan integreres i fylkets folkehelsearbeid utover programperioden. Spesielt deltakere i de små organene eller i egne FoU-grupper har opparbeidet mye kunnskap og kompetanse om tiltaksutvikling i kommunene, kombinert med et oversiktsbilde i fylket, som bør sikres videreføring.

7.1.2 FoU- og kunnskapsmiljø

Utviklingen av krav om evaluering og utvikling av samarbeidsrelasjoner mellom fylkeskommuner, kommuner/tiltak og FoU-miljø er et av de mest sentrale og nyskapende virkemidlene i programmet. Vi ser at dette har stor betydning for tiltaksutviklingen og kompetanseoppbyggingen i kommunene, og også i fylkeskommunene og i FoU-miljøene. Det er også utviklet nye og tettere samarbeidsrelasjoner internt mellom FoU- og kompetansmiljøene. Vi har også sett at finansieringen av FoU-samarbeidet har medført problemer, særlig i oppstartfasen i de tidlige programfylkene.

Programmet har generert samarbeid mellom kommuner og FoU/kompetansmiljø, og mellom fylkeskommunene og miljøene, som virker å ha ført til bredere, fyldigere og mer langvarige former for samarbeid. Samarbeid og samskaping mellom disse aktørene vil være viktig både i den resterende programperioden og ikke minst i styrkingen av det det langstige, systematiske folkehelsearbeidet.

- Vi anbefaler at det legges til rette for videreføring og videreutvikling av samarbeidsrelasjoner og –fora som er utviklet til FoU- og kompetansmiljøene og disse miljøene imellom.
- Det sikres finansiering av dette samarbeidet fremover, med vekt på ordninger som ikke fører til mye administrativt merarbeid. Det gjelder særlig samarbeidsavtaler mellom kommuner og FoU.
- Det legges til rette for å utjevne virkningene av ulikhet i økonomiske betingelser mellom FoU- og kompetansmiljø.
- Vi anbefaler å legge til rette for at FoU-miljøene kan videreutvikle kunnskapen tilegnet gjennom tiltaksevalueringen i bredere forskningsarbeider. Vurdere hvordan ekstern finansiering kan sikres.
- I utvikling av nye tiltak bør FoU-miljøene engasjeres tidlig i prosessen og gi hjelp til utforming av søknader.
- FoU og kompetansmiljø har hatt lite kontakt med kommuner uten tiltak. Disse vil ha tilegnet seg mindre evalueringskompetanse enn kommuner med tiltak. Det bør vurderes hvordan denne kompetansen kan styrkes i kommuner uten tiltak.

7.1.3 Virkemidler overfor kommunene

Når vi i dette avsnittet gir anbefalinger når det gjelder virkemiddelbruken rettet mer direkte overfor kommunene, synliggjør det også deler av virkemiddelbruken overfor fylkeskommuner og FoU- og kunnskapsmiljøene

7.1.4 Kunnskapsbasis for tiltak - om å finne riktig balanse

Vår studie finner at en god del tiltakshavere vil ha et stort behov for støtte og opplæring i forskningsarbeid. Mange kommuner opplever utfordringer ved å bruke forskningsdesign for tiltaksutviklingen. Slik støtte har blitt tilrettelagt i fylkene, og det har vært viktig at forskningsmiljøer har bidratt i målformuleringer for tiltak, ikke minst for å sikre evalueringsopplegget i senere fase.

Et spørsmål er på hvilket nivå programmet skal legge seg. Det er overveiende positivt for folkehelsearbeidet å styrke dets systematikk og å evaluere tiltak og prosjekt. Samtidig krever det ressurser på fylkesnivå, både i fylkeskommunen og til FoU-miljøer, for å veilede og støtte

kommunene i arbeidet. Her spiller fylkeskommunenes veiledersrolle en viktig rolle for hvordan kommunene greier å utvikle kunnskapsbaserte tiltak, og i hvilken grad de må ligge så nært opp til forskningsopplegg slik som det gjør per i dag.

Kommuner har hatt incitament i søknadsprosessen om å bruke utfordringsbilde og styringsdata som grunnlag for valg av målgrupper og tiltak. Programmet har derfor medvirket til bevissthet og kjennskap til styringsdata, selv om det ikke alltid er samsvar mellom bruk av styringsdata og tiltakets innretning og nivå for å imøtegå utfordringen.

- Vi anbefaler programmet å *beholde* fokus på styringsdata (slik som oversiktsdokumentet og folkehelseoversikten), og *styrke* veiledning på forholdet mellom utfordring – målbilde – tiltak for å sikre bedre samsvar mellom mål og middel.
- For å styrke systematisk prosjekt- og folkehelsearbeid anbefaler vi også programmet å vurdere å forsterke kompetansen innen prosjekt- og prosessledelse i kommunene.
- Vi anbefaler at Helsedirektoratet vurderer utvikling av en sammenfatning av evalueringene som foregår og skal foregå i kommunene. Forskningsmiljø har blitt godt trukket inn i mange fylkers og kommuners arbeid med tiltak, og flere forskningssøknader og forskningsprosjekter har blitt utviklet for å trekke ut lærdom av folkehelse tiltakene. Vi mener derfor det vil ha en stor verdi om evalueringsbidragene sees i sammenheng på tvers av fylkesinnretting og tematiske innrettinger på tiltakene.

Nyskaping

Programmet har noen spenninger mellom sin innretning mot å være kunnskapsbasert og å være nyskape. Disse innretningene er naturligvis mulig å forene, og spørsmålet er kanskje heller om prosjektene kan være likt tematisert/ innrettet på tvers av kommunene, eller om de bør generere ny kunnskap til kommunalt folkehelsearbeid generelt. Det synes vanskelig for kommuner å igangsette eksperimentelle tiltak, når kommuners innretting er mot nytteverdi og behovet for forankring og legitimitet til tiltak. Her er det sannsynligvis behov for kommunene å komme lengre med arbeidet med innovasjon i offentlig sektor vi anbefaler derfor Helsedirektoratet å vurdere følgende spørsmål:

- Er det viktigst for kommunenes folkehelsearbeid at tiltakene er nyskape/ utvikler ny kunnskap, eller er det viktigst for programmet? Hvis programmets støtte skal være viktig for kommunens folkehelsearbeid, og tilskuddsmidler bidrar til dette, kan programmets virkemidler ha god nok effekt på det langsiktige arbeidet hvis man viderefører arbeid som er fornuftig i den lokale konteksten. Tiltak og arbeid som allerede fungerer i kommunene er også verdt å videreføre, og dermed kanskje også verdt å støtte?
- Kan eller bør programmet bidra mer til å stimulere innovasjon i offentlig sektor, for eksempel gjennom samarbeid på statlig nivå, f.eks. mellom Helsedirektoratet, KD og KKD?

Samarbeid

Vi finner i våre undersøkelser at enkelte kommuner ser det tverrfaglige samarbeidet i kommuneorganisasjonen som godt og en styrke i folkehelsearbeidet, og tiltakene beskrives også i stor grad som gjenstand for tverrsektoriell samhandling. Samtidig opplever mange kommuner nettopp denne faktoren som utfordrende i tiltaksutviklingen. Tverrfaglig samarbeid utgjør fortsatt en barriere når det gjelder evnen til å mobilisere viktige fagområder i kommunen. Vi ser også at oppvekstsektoren er trukket inn eller leder tiltak i flere kommuner. Et resultat av programmet kan således være å styrke folkehelsearbeid innen denne sektoren.

- For å styrke muligheten til å jobbe riktig og systematisk med involvering i tiltaksutviklingen anbefaler vi som over å styrke kompetanse innen prosjekt- og prosessledelse og strategisk planlegging.
- Kommunenes samarbeid med FoU- og kompetansemiljøer i tiltaksarbeidet er nytt for mange kommuner. Denne nye samarbeidsformen i folkehelsearbeid vurderes som en av styrkene i programmet, og bør derfor også styrkes i det videre programarbeidet.

Medvirkning

Kommunene ser ut til å være svært fornøyd med å gjennomføre prosjekter med stort fokus på medvirkning. Det oppfattes som effektivt ved at man lettere finner frem til gode problemstillinger og løsninger, selv om det krever mer planlegging og tidsbruk. God medvirkning er avhengig av at aktørene opplever eierskap til tiltaket.

For flere kommuner ser det ut til at tiltaksutviklingen er en *pilot* for medvirkningsarbeid i kommunen, der enkelte tror at arbeidet har bidratt til at medvirkning får større anerkjennelse i kommuneorganisasjonen generelt.

- På grunnlag av studien vil det være hensiktsmessig å opprettholde fokuset på medvirkning, og vurdere hvorvidt formidling av faglige perspektiv og metoder kan vektlegges enda sterkere i det fremtidige fagprogrammet.

Samskapende tilnærming er i liten grad brukt i tiltaksutviklingen i programmet. Samskaping har kommet på agendaen i mange kommuner, men uten at gjennomføringen nødvendigvis har kommet like langt. Det er både utfordrende og tidkrevende å gjennomføre samskaping i praksis. For tiltakene som har kommet langt i utviklingen kan det være for sent å begynne med samskaping, men programmet må kanskje vurdere hvordan det kan utvikle virkemidler som styrker folkehelsearbeidet i kommunene med samskapingsmetodikk.

Vi finner også av studien et kommunalt behov om å styrke involvering og kompetanseheving blant administrativ og politisk ledelse, og behov for ressurser på fylkesnivå til å bidra systematisk til folkehelsekompetent kommuneledelse. Dette innebærer også vurdering av hvordan programmet kan medvirke ytterligere til institusjonalisering av folkehelsekompetanse i kommunen. Forankring, bevissthet og prioritering av folkehelsearbeid på administrativt og politisk nivå er i stor grad «ferskvare» hvor det kontinuerlig må legges ned innsats.

På denne bakgrunnen anbefaler vi:

- Overordnede involveringsperspektiver gis et stort fokus i programmet i fortsettelsen, fra medvirkning til samarbeid til samskaping, og med hovedfokus på sistnevnte, inklusive vekt på involvering av politisk og administrativ ledelse for å øke folkehelsekompetanse

Programmets økonomiske virkemidler: prosjektlengde og finansiering av folkehelsearbeid

Som vi finner, er prosjektlengden programmet tilrettelegger for verdsatt av tiltakshaverne, forstått som både et særpreg og en styrke ved programmet. Samtidig er det fylkesprosjektledere som uroer seg for hva som skjer når programmets tilskuddsordning er over. Støtteordninger slik programmet gir muligheter for økonomiske tilskudd over lengre tid er ønskelig også i fortsettelsen, fordi det gir kommunene muligheter til å jobbe med folkehelse tiltak som kommuneøkonomi og øvrige ressurser ellers ikke nødvendigvis tillater. I denne forstand er kanskje ikke programmets økonomiske rammer store, når det gjelder den støtte den gir til norske kommuners folkehelsearbeid. Kommunene i vårt materiale erfarer at de trenger mer ressurser til et kunnskapsbasert folkehelsearbeid i årene fremover, enten ved videreføring av programmets metodikk for å bedre «kommunenes kunnskapsbaserte og målrettede folkehelsearbeid», eller ved styrket kapasitet i kommuneorganisasjon og tverrfaglig samarbeid. I tillegg er det et spørsmål om hvordan folkehelsearbeidet i kommuner uten tiltak utvikler seg. Blant disse er det neppe en stor andel ressurssterke kommuner uten behov for økonomisk forsterking i folkehelsearbeidet.

- Vi anbefaler at programmets økonomiske rammer for støtte i det videre kommunale folkehelsearbeidet innrettes for å sikre videreføring av tiltaksutviklingens resultater.

Fylkeskommunens ressurser og støtte til kommuner uten tiltak

Fylkeskommunenes rådgivere fremheves av kommunene som sparringspartnere, som er på tilbudssiden. Kunnskapsdeling og erfaringsutveksling en ressurs i programmet som kommunene i høy grad har benyttet. Fylkene har lagt opp til en stor grad av erfaringsdeling mellom kommunene,

gjennom samlinger, gruppearbeid, kommunenettverk og folkehelseforum. Kommuner både med og uten tiltak har stor nytte av fylkeskommunens veiledning og fagarrangementer.

Vi ser relativt store forskjeller i programmets innretning mellom fylkene. Dette bidrar til noen landsdekkende forskjeller der så å si alle kommunene i noen fylker deltar i tiltak, mens det i andre fylker er få kommuner involvert. Selv om kommuner uten tiltak i vår spørreundersøkelse rapporterer om opplevd nytte av programmet, vil det sannsynligvis være forskjeller ved programslutt hvor langt programmet har nådd ut i nasjonal sammenheng.

Vi har få respondenter på vegne av kommuner uten tiltak i spørreundersøkelsen vår, men finner en tendens til lavere tilfredshet med fylkeskommunens ressurser enn blant kommuner med tiltak. Selv om casefylkeskommunene har invitert disse kommunene til søkerkonferanser og samlinger, er vårt inntrykk at fylkeskommunene ikke har ressurser til å være proaktive i inkluderingen av dette settet med kommuner.

Vi vil også peke på at respondentene i spørreundersøkelsen ser lavere nytte av prosjektutvikling i andre kommuner. Læringsaspektet er derfor kanskje viktig å undersøke nærmere, i spørsmål om erfaringsoverføringens rolle i programmet.

Fylkeskommunene peker på at momentum må holdes oppe blant kommunene, også ved å trekke enda bedre inn de kommunene som så langt ikke har hatt tilskudd til tiltak i programmet.

- En anbefaling til fylkeskommunene er å vurdere balansen mellom erfaringsutveksling og faglig formidling på kommunesamlingene
- Vi anbefaler at større innsats rettes mot kommuner uten tiltak i den videre programperioden Vi anbefaler også programmet å vurdere virkemidlene for kommuner uten tiltak. Hvordan kan de trekkes enda mer inn i programmet og ta enda mer del i dets kunnskapsspredning?

FoU- og kompetansemiljø som ressurser

Mest nytte opplever kommunene å ha av kontakten med FoU- og kompetansemiljø, dette er også det kommunene opplever at skiller dette programmet mest fra andre tilskudsprogram. Programmets pedagogiske virkemidler som lærer kommunene å jobbe systematisk med folkehelse, trekkes i denne sammenheng frem som en sentral innsats for å forsterke det systematiske folkehelsearbeidet. Programmet forstås som en viktig verktøykasse for å bistå kommuner på alle ledd i tiltaksutviklingen, og at metodikken kan bistå kommunene både i allmenne folkehelsearbeidet så vel som i annet utviklingsarbeid som krever systematikk.

- Vi anbefaler at den helhetlige og systematiske tilnærmingen som programmet representerer og utvikler ressurser for, fortsatt bør være en motor for virkemiddelutviklingen og ressursene i programmet.

Langvarige virkninger

En intensjon ved program for folkehelse er å bidra til at tiltakene gjennomført under programmet skal integreres i kommunens ordinære drift. For mange av tiltakskommunene oppleves dette som sannsynlig, og det skal skje i årene fremover. Vi anbefaler derfor at programmet i fortsettelsen bidrar med faglig veiledning om integrering av folkehelse i kommunens strategiske planlegging, som en forsterking av fokuset på å integrere tiltaket i kommunens langsiktige og kunnskapsbaserte folkehelsearbeid.

Vi har også pekt på at effekter av Covid-19 på barn og unge og deres miljøer bør vurderes i programmets videreutvikling. Pandemien har i flere kommuner utfordret og bremsert tiltaksutviklingen med den betydning det kan gi for barn og unges helse og arenaer.

- Vi anbefaler at denne utfordringen vurderes i den videre programutviklingen, i spørsmål om videreføring av tiltaksmidler spesielt og i innretningen på øvrige virkemidler i programmet.

Tematisk profil tiltak

Programmet har en rekke mål og tilnærminger som tiltakene skal fange opp. Rusforebyggende arbeid og forebygging av vold og overgrep er målområder, som en mindre andel kommuner retter tiltak mot, og svært få er rettet inn mot forebygging av vold og overgrep. Man kan stille spørsmål om rusforebygging er såpass lite fremme fordi kommunene ser påvirkningsfaktorer for psykisk helse som en mer grunnleggende for rusbruk, og derfor legger vekten på dette?

- Hvis programmet i fortsettelsen skal vektlegge disse temaene og øke oppmerksomheten mot forebyggende arbeid innenfor disse, bør fokuset på disse temaene i programmet økes.

Til tross for et stort fokus på medvirkning er det færre kommuner som har samarbeidet med frivilligheten og næringsliv. Det er større samarbeid med frivilligheten i Trøndelagsfylkene enn i de andre casefylkene. Det er mer vekt på medvirkning mot slutten av tiltaksutviklingen enn i starten, som innebærer at frivilligheten i liten grad har deltatt i søknadsarbeid. Samtidig er det en rekke tiltak det ikke er naturlig å involvere frivilligheten i.

- Hvis programmet i det videre skal styrke involvering og samskaping med frivillighet og næringsliv, bør fokuset på dette i programmet forsterkes.

7.1.5 Spørsmål til videre programutvikling

Vi vil på bakgrunn av studien stille noen reflekterende spørsmål ved kunnskapssystemet programmet bygger opp, hvorvidt det sterke forskningsfokuset kan følges godt nok opp i kommunene, og om hva som blir betydningen av å forsterke forskningskompetansen i kommunene hvis dette fokuset opprettholdes. Bygger programmet egentlig på en forutsetning som ikke er oppfylt om bestillerkompetanse og kompetanse til å forholde seg til forskning i kommunene?

Selv om både Helsedirektoratet og fylkeskommunene har stort fokus på formidling av forskningsdesign, og teoretiske og metodiske perspektiv og opplegg til kommunene, fremstår erfaringsutveksling som en større del av aktiviteten i programmet enn fagformidling. Kommunene i vårt casemateriale verdsetter delingen av erfaringsbasert kunnskap, men vektingen mellom forskningsbasert og erfaringsbasert kunnskap i programmets aktiviteter har tre aspekter som kan diskuteres i den videre utviklingen av programmet:

- Erfaringsutveksling har medført at de samme eller lignende tiltak gjennomføres i mange kommuner, og vil kanskje derfor ikke bidra til den nyskaping i og gjennom tiltak som programmet etterstreber for det fremtidige folkehelsearbeidet og for folkehelseforskningen. Som vi pekte på overfor er ikke dette nødvendigvis negativt, og kanskje tvert om, men vekting mellom erfaringsbasert og forskningsbasert kunnskapsformidling kan være et interessant tema for diskusjon i det videre arbeidet.
- Forskningsbasert tiltaksutvikling er tids- og kompetansekrevende, og kommunene kan risikere å ikke komme langt nok i å omsette tiltaket til kommunens varige strukturer
- Kommuner uten involvering i tiltak kan komme til å bakke akterut hvis kommuner med tiltak styrkes ved stor forskningsinnsats.

Programmets kjernevirkemidler for å fremme et kunnskapsbasert folkehelsearbeid rettet mot barn og unge i kommunene er tilskudd til langvarige tiltak og en støttestruktur bygd opp gjennom fylkeskommunens koordinerende og veiledende rolle. Det vil være interessant å gjøre en samlet vurdering i programmets avslutningsfase av hva som er den faktiske nytteverdien av egevaluering versus eksternevaluering, eller en kombinasjon – i å øke kommunenes kompetansenivå for evaluering av tiltak.

forebygging.no

Nettsiden forebygging.no skal være en kunnskapsbase og publiseringskanal for folkehelse og rusforebyggende arbeid. Den inkluderer en hjemmeside for [Program for folkehelsearbeid](#) i kommunene, som gir en oversiktlig og god beskrivelse av dagens 150 tiltak som er støttet i programmet, med en detaljert presentasjon av evalueringsopplegg. Beskrivelsene av de ulike tiltakene skal være en nyttig kunnskaps- og inspirasjonskilde til kommuner som møter samme type utfordringer.

I spørreundersøkelsen finner vi at kommunene ikke i vesentlig grad benytter seg av denne ressursen, og at det er færre kommuner uten enn med tiltak som benytter seg av den. Blant de som har benyttet seg av denne kilden opplever mange kommuner at den er meget nyttig, men det er også den programressursen som kommunene finner minst nyttig i programmet.

- Vi anbefaler at nettsiden videreutvikles. Blant annet er det et spørsmål om det kan etableres flere underkategorier når det gjelder tiltakenes tematiske profil. For eksempel slik at man finner frem til tiltak som er rettet mot møteplasser for barn og unge, styrking av relasjonskompetanse osv.
- Dersom nettsiden skal brukes mer som ressurs av kommuner uten tiltak, bør det vurderes om den kan innrettes mer mot denne målgruppa.

7.1.6 Momenter til sluttevaluering

Som nevnt over, vil det være interessant å gjøre en samlet vurdering i *programmets avslutningsfase* av hva som er den faktiske nytteverdien av egnevaluering versus eksternevaluering eller en kombinasjon av disse – for å øke kommunenes kompetansenivå om evaluering av tiltak. Bruk av bachelor- og masterstudenter i evalueringsarbeidet er i denne sammenheng interessant. Det er også interessant å undersøke implikasjonene av at kommunens ansatte har en dobbel rolle som «eksterne» og «interne». I hvilken grad dette bidrar til mer intensiv kompetansebygging i kommunen og til implementering i det langsiktige folkehelsearbeidet?

Midtveisevalueringen viser variasjon mellom fylkeskommunene når det gjelder organisering av programarbeidet i fylket, i hvilken grad fylkeskommunen har lagt inn egne midler i programarbeidet, og hvordan og i hvilken grad programarbeidet drar nytte av etablerte strukturer og satsinger i fylkenes øvrige folkehelsearbeid. I en sluttevaluering vil det være viktig å belyse nærmere hvordan dette har hatt betydning for den konkrete tiltaksutviklingen i kommunene.

I tilknytning til dette vil det være nyttig å «følge pengene» i større grad enn hva midtveisevalueringen åpner for. Man kan blant annet se systematisk på tildelte tiltaksmidler til kommuner – som betingelser for hva de har fått til. Det er også variasjon innen fylkene hvor mye midler som har gått til de ulike tiltakene i samme fylke.

Referanser

- Baklien, B., Pape, H., Rossow, I., & Storvoll, E. (2007). *Regionprosjektet–Nyttig forebygging? Evalueringen av et pilotprosjekt om lokalbasert rusforebygging*. Oslo: Sirus.
- Baklien, B. (2018). *Veileder i egnevaluering*. Kommunesektorens organisasjon KS, Oslo. Tilgjengelig på [KS.no](https://www.ks.no)
- Bang-Hansen, S., E. Plathe og M.M. Hernes (2019). *Prioriterte mål i kommunalt og fylkeskommunalt planarbeid. Kartlegging av prioriterte politikkområder i et utvalg kommuner og fylkeskommuner*. Asplan Viak/ KS- FoU- Prosjekt 1840111. Tilgjengelig på [KS.no](https://www.ks.no).
- Dahl, E., Bergsli H. & van der Wel K. (2014). *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Oslo: Fakultet for samfunnsfag/Sosialforsk, Høgskolen i Oslo og Akershus.
- Fixsen, D., Naoom, S., Blase, K., Friedman, R., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature* (Louis de la Parte Florida Mental Health Institute Publication# 231). Tampa, FL: University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute, The National Implementation Research Network.
- Glavin, K. og B. Erdal (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hanssen, G.S. (2021). Demokratiske byromsprosesser. I Hanssen, G.S. og M. Millstein (red.), *Demokratiske byrom*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2010). *Veien til god helse for alle*, rapport IS-1846. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Lov om folkehelsearbeid (Folkehelseloven)*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2014). *HelseOmsorg21. Et kunnskapssystem for bedre folkehelse. Nasjonal forsknings- og innovasjonsstrategi for helse- og omsorg*. Hentet fra: [regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet, Helse- og omsorgsdepartementet, KS (2017): *Program for folkehelsearbeid i kommunene 2017-2027. En satsing for å fremme barn og unges psykiske helse og livskvalitet*. Hentet fra: [Helsedirektoratet](https://www.helsedirektoratet.no)
- Helsedirektoratet (2018). Program for folkehelsearbeid i kommunene [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 12. april 2019, lest 19. februar 2022). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/tema/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Helgesen M., Abebe D., Schou A. (2017). *Oppmerksomhet mot barn og unge i folkehelsearbeidet. Nullpunktsundersøkelse for Program for folkehelsearbeid settes i verk*. Oslo: samarbeidsrapport NIBR/NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus
- Hofstad, H. og H. Bergsli (2017). Sosial bærekraft og folkehelse. En sammenligning og diskusjon av begrepsinnhold, målsettinger og praktiske tilnærminger. *NIBR-rapport 17:5*. Oslo: NIBR.
- Hofstad, H. (2018). «Folkehelse – proaktivt grep i PBL 2018, hva er status ti år etter?», kapittel 13 i Hanssen, G.S og Aarsæther, N. (red.), *Plan- og bygningsloven – en lov for vår tid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hofstad, H. (2019). *Kommunal planlegging som redskap for å redusere sosiale helseforskjeller*. Oslo: OsloMet, NIBR-rapport 2019:6.

- Kobro, L.U., Andersen, L.L., Espersen, H.H., Kristensen, K., Skar, C., Iversen, H. (2018). *Demokratisk innovasjon - Teorier og modeller for samskapende - sosial innovasjon i norske kommuner*. Høgskolen i Sørøst-Norge, <http://hdl.handle.net/11250/2482842>
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2008). *Plan- og bygningsloven*. LOV-2008-06-27-71. Lovdata.
- Krogh, U., & Baklien, B. (2012). *Fem år etter Regionprosjektet: ildsjelers entusiasme og kommunalt hverdagsliv*. Oslo: Sirius
- Kvale, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Lund Studentlitteratur.
- Leeuw, F. L, and Vaessen, J. (2009). *Impact evaluations and development: NONIE guidance on impact evaluation: Network of networks on impact evaluation*.
- Melby, L. & Grut, Lisbet (2020). *Følgeevaluering av Program for folkehelsearbeid I kommunene*. Trondheim, SINTEF Digital, Rapportnr 2020:00155. Hentet fra [Helsedirektoratet](#).
- Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Dokument 3:11 (2014–2015). Dokument 3-serien.
- St-meld 30 (2019-20). *En innovativ offentlig sektor. Kultur, ledelse og kompetanse*. Hentet fra www.regjeringen.no.
- Torfinn, J. Sørensen, E., Røiseland, A. (2019). Transforming the Public Sector Into an Arena for Co-Creation: Barriers, Drivers, Benefits, and Ways Forward. I *Administration & Society*, Vol.51 (5), p.795-825. Los Angeles, CA: SAGE Publications.

Vedlegg 1 – Spørreundersøkelse til kommunene

Nedenfor følger en utskrift av spørreundersøkelsen som ble gjennomført som en web-survey til kommunene. Surveyen inneholdt en rekke filtre, hvor respondentene ble stilt spørsmål basert på hvordan de svarte i foregående spørsmål. Filtrene er indikert med rød skrift.

Spørreundersøkelse om kommuners erfaring med Program for folkehelsearbeid 2017-2027

Program for folkehelsearbeid i kommunene er en nasjonal, tiårig satsing (2017-27). Programmet skal bistå kommunene med å fremme befolkningens helse og livskvalitet gjennom systematisk, kunnskapsbasert og langsiktig folkehelsearbeid, med vekt på å integrere psykisk helse og rusforebygging. Barn og unge er en prioritert målgruppe.

Dette spørreskjemaet er en del av midtveiseevaluering av programmet. Evalueringen skal blant annet vurdere om programmet bistår kommunenes folkehelsearbeid på en optimal måte, og hvilke eventuelle justeringer for resten av programperioden som kan bidra til å nå programmets mål. Vi er spesielt opptatt av om programmet treffer kommunenes behov. I surveyen spør vi om kommunens erfaringer med utvikling og iverksetting av tiltak innunder programmet. Vi er klar over at mange kommuner betegner tiltaket som "prosjekt". I det følgende bruker vi derfor betegnelsen "prosjekt/tiltak" i spørsmålene.

I utfyllingen av spørreskjemaet er det flott om du også fyller ut de stedene hvor vi har åpne spørsmål. Vi er interessert i alt du har av erfaringer med, og vurderinger av, programarbeidet. Erfaringer fra kommuner både med og uten tiltak i programmet representerer verdifull kunnskap for det videre arbeidet med utvikling og eventuelt justering av programmets virkemidler.

Praktisk info om utfyllingen:

* Det sendes ut ett skjema per kommune, som eventuelt kan besvares av flere i kommunen. Hvis flere besvarer skjemaet, trykk "lagre" før videresending. Siste person som besvarer skjemaet trykker "send svar".

* Det er beregnet at du/dere vil bruke omlag 20-40 minutter på å fylle ut skjemaet, avhengig av om kommunen har prosjekt/tiltak i programmet eller ikke.

* Du/dere kan bla deg frem og tilbake i spørreskjemaet ved hjelp av "forrige" og "neste" knappene.

* Undersøkelsen egner seg ikke for mobilskjerm.

Innledningsvis stiller vi noen spørsmål om din utdanningsbakgrunn og stilling.

Hvilken rolle i folkehelsearbeidet har du eller dere som besvarer denne spørreundersøkelsen?

Flere avkryssninger er mulig

-
- Ansvarlig for prosjekt/tiltak innunder Program for folkehelsearbeid i kommunene
 - Folkehelseansvarlig
 - Ansvarlig for prosjekt/tiltak og folkehelseansvarlig fyller ut spørreundersøkelsen sammen
 - Annet

Dersom du har svart «annet», vennligst angi hvilken rolle du/dere har:

Hva er din stillingsbeskrivelse, og hvor i kommuneorganisasjonen er stillingen din plassert?

Her trenger kun den som er hovedansvarlig for utfylling av spørreundersøkelsen å svare (dersom undersøkelsen besvares av flere)

Hvor lenge har du vært i din nåværende stilling?

Her trenger kun den som er hovedansvarlig for utfylling av spørreundersøkelsen å svare (dersom undersøkelsen besvares av flere)

Så følger noen spørsmål om kommunens folkehelsearbeid.

På hvilke tema/områder har kommunen de største folkehelseutfordringene som gjelder barn og unge?

Vi har her nevnt en rekke ulike tema/områder, og noen av disse kan være overlappende. Vi ber dere likevel fylle ut det dere synes er relevant. Flere avkryssninger er mulig.

- Bolig og boligsosiale forhold
- Nærmiljø
- Trygghetsarbeid og kriminalitetsforebygging
- Barnehage
- Grunnskole
- Videregående skole
- Sosiale møteplasser/sosialt nettverk
- Deltagelse i kultur- og idrettsaktiviteter
- Deltagelse og utenforskap
- Integrering og mangfold
- Stress hos barn og unge
- Psykiske helseplager
- Vold og overgrep
- Rus (alkohol, narkotika, dop)
- Økende antall henvisninger og konsultasjoner som gjelder barn og unge
- Sosioøkonomiske ulikheter
- Fysisk aktivitet
- Ernring
- Skjermbruk
- Skader og ulykker
- Miljø (støy, luft, vannkvalitet mv.)
- Areal- og transportplanlegging/samferdsel
- Grønt- og friluftsområder
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Hva vil du/dere si er de største *hindrene* i kommunens arbeid med folkehelseutfordringene for barn og unge?

Flere avkryssninger er mulig.

- Manglende politisk oppmerksomhet og prioritering
- Manglende finansiering i kommunen
- Manglende forankring i planverk
- Manglende samarbeidsrelasjoner kommune – frivillighet
- Manglende tverrfaglig samarbeid i kommunen
- Lav eller manglende kompetanse blant ansatte i kommunen
- Få personalressurser i kommunen
- Stort gjennomtrekk blant ansatte
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Hva vil du/dere si er de *sterkeste sidene* ved kommunens arbeid med folkehelseutfordringer knyttet til barn og unge?

Flere avkryssninger er mulig.

- Politisk oppmerksomhet og prioritering av folkehelseutfordringer i kommunen
- Økonomiske prioriteringer av folkehelseutfordringer i kommunen
- Forankring i kommunens planer
- Samarbeidsrelasjoner kommune – frivillighet
- Tverrfaglig samarbeid i kommunen
- God kompetanse i kommunen
- Tilstrekkelig med personalressurser i kommunen
- Lite gjennomtrekk blant ansatte
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønske rå utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Er kommunen med i program for folkehelsearbeid ved å lede eller være deltaker i et tiltak ledet av en annen kommune?

Kommunen kan både være prosjektleder for tiltak og delta i tiltak ledet av en annen kommune.

- Nei, kommunen har ikke/deltar ikke i prosjekt/tiltak
- Kommunen er prosjektleder for prosjekt/tiltak
- Kommune deltar i prosjekt/tiltak ledet av en annen kommune

Spørsmål kun stilt til kommuner som ikke har eller deltar i prosjekt/tiltak:

Har dere vurdert å søke om prosjekt-/tiltaksstøtte?

- Ja
- Nei
- Kommune søkte, men fikk ikke støtte
- Vet ikke

Spørsmål kun stilt til kommuner som har svart at de har vurdert å søke om prosjekt/tiltaksstøtte:

Hva gjorde at dere ikke søkte prosjekt-/tiltaksstøtte selv om dere vurderte det?

Flere avkryssninger er mulig.

- Økonomi- egenfinansiering
- Personressurser (stilling folkehelse)
- Kompetanse (til å søke)
- Ressurser for å imøtegå utfordringsbilde
- Manglende politisk prioritering
- Manglende internt samarbeid i kommuneorganisasjonen
- Manglende eksternt samarbeid
- Manglende støtte fra fylkeskommunen
- Annet

Spørsmål kun stilt til kommuner som har svart at ikke har vurdert å søke om prosjekt/tiltaksstøtte:

Hvorfor valgte kommunen å ikke søke?

Flere avkryssninger er mulig.

- Økonomi- egenfinansiering
- Personressurser (stilling folkehelse)
- Kompetanse (til å søke)
- Ressurser for å imøtegå utfordringsbilde
- Manglende politisk prioritering
- Manglende internt samarbeid i kommuneorganisasjonen
- Manglende eksternt samarbeid
- Manglende støtte fra fylkeskommunen
- Annet

Spørsmål kun stilt til kommuner som har svart at de har søkt om, men ikke fått støtte til, prosjekt/tiltak:

Kan du si noe om hvorfor kommunen ikke fikk støtte til prosjektet/tiltaket?

Spørsmålene som følger nedenfor ble kun stilt til kommuner med prosjekt/tiltak:

Hva er tittel på prosjektet/tiltaket?

Dersom kommunen er med i flere prosjekter/tiltak, skriv inn tittel på alle. Vennligst marker prosjekt/tiltak kommunen er leder for med en stjerne (). Når du/dere besvarer spørsmålene i skjemaet som dreier seg om prosjekter/tiltak, ta utgangspunkt i prosjekt/tiltak som kommunen leder.*

Hva gjorde at kommunen søkte midler til prosjekt/tiltak (alene eller sammen med andre kommuner)?

Flere avkryssninger er mulig.

-
- Programmet utløste midler til en allerede ønsket satsing
 - Programmet ga muligheten til å bygge videre på arbeid kommunen allerede var i gang med
 - Programmet inspirerte kommunen til å tenke nytt
 - Fylkeskommunen oppfordret sterkt til å søke
 - En annen kommune tok kontakt om mulig samarbeid
 - Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Hvem samarbeidet kommunen med i søknadsprosessen?

Flere avkryssninger er mulig.

- Målgruppen for tiltaket
- Barn og unge
- Frivilligheten
- Næringsliv
- På tvers av fag og sektorer internt i kommunen
- FoU-miljø
- Kompetansemiljøer (f.eks. KoRus, RKBU/RBUP)
- Fylkeskommunen
- Ingen
- Andre

Dersom du har svart «andre» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Er det noen av disse samarbeidspartnerne som du/dere i tilknytning til folkehelsearbeidet ikke har samarbeidet med tidligere?

Flere avkryssninger er mulig.

- Målgruppen for tiltaket
 - Barn og unge
 - Frivilligheten
 - Næringsliv
 - På tvers av fag og sektorer internt i kommunen
 - FoU-miljø
 - Kompetansemiljøer (f.eks. KoRus, RKBU/RBUP)
 - Fylkeskommunen
 - Andre
-

Spørsmål kun stilt til kommuner som svarte at de samarbeidet på tvers av fag og sektorer internt i kommunen i forbindelse med søknadsprosessen:

Dersom kommunen samarbeidet på tvers av fag og sektorer internt i kommunen i søknadsprosessen, hvilke av tjenesteområdene nedenfor deltok?

Flere avkryssninger er mulig.

- Helsestasjonstjenesten
- Skolehelsetjenesten
- Barnehager
- Skoler
- Fritidsklubb
- Kultur/idrett
- Plan/miljø/teknisk
- Kommunedirektørens/rådmannens stab
- Pleie og omsorg
- Kommunelegen
- PPT
- NAV-sosial
- Bolig
- Barnevern
- Psykisk helsearbeid
- Rusarbeid
- SLT-koordinator
- Frisklivssentral
- Frivillighetssentral
- Andre

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Spørsmål kun stilt til kommuner som svarte at de samarbeidet med målgruppe(r) for prosjektet/tiltaket i søknadsprosessen:

Dersom kommunen samarbeidet med målgruppe(r) for prosjektet/tiltaket i søknadsprosessen, kan du si hvilke?

Hvor fornøyd er du med følgende momenter ved søknadsprosessen?

	Meget misfornøyd	Nokså misfornøyd	Både/og	Nokså fornøyd	Meget fornøyd	Vet ikke/ikke relevant
Etablere samarbeid internt i kommuneorganisasjonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etablere samarbeid med andre kommuner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etablere samarbeid med eksterne aktører (f.eks. frivillighet og næringsliv)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etablere samarbeid med kompetansemiljøer (f.eks. KoRus, RKBU/RBUP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etablere medvirkning fra målgruppen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tid til utforming av søknad	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanse (til å søke)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Støtte fra fylkeskommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Politisk forankring/oppmerksomhet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

--

Vi stiller så noen spørsmål om iverksetting av prosjekt/tiltak.

Når ble prosjektet/tiltaket startet opp?

Vi mener her når tiltaket ble satt i verk i kommunen, ikke når kommunen ble med i programmet.

- 2017
- 2018
- 2019
- 2020
- 2021

Hvor lenge er prosjektet/tiltaket forventet å vare?

Vi spør her om hvilket år prosjektet/tiltaket forventes avsluttet.

- Prosjektet/tiltaket er avsluttet
- 2021
- 2022
- 2023
- 2024
- 2025
- 2026
- 2027

Dersom du ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Er gjennomføringen av prosjektet/tiltaket forsinket?

- Ja
- Nei

Spørsmål kun stilt til kommuner som har svart at prosjektet/tiltaket er forsinket:

Dersom gjennomføringen av prosjektet/tiltaket er forsinket, hva er årsaken?

Flere avkryssninger er mulig.

- COVID-19
- For få personalressurser
- Finansiering
- Samarbeidsutfordringer internt i kommuneorganisasjonen
- Samarbeidsutfordringer eksternt
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Er prosjekt-/tiltaksmidlene planlagt brukt til følgende formål?

Flere avkryssninger er mulig.

- Frikjøp av ansatte
- Finansiering av nye stillinger
- Aktiviteter i tiltaket (inkl. kompetanseutvikling)
- Investeringer i utstyr og/eller fysisk infrastruktur (eks. uteområder)
- Evaluering
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svarene du har gitt, kan du benytte kommentarfeltet nedenfor:

Hvem samarbeider kommunen med i gjennomføringen av prosjekt/tiltak?

- Målgruppen for tiltaket
- Barn og unge
- Frivilligheten
- Næringsliv
- På tvers av fag og sektorer internt i kommunen
- FoU-miljø
- Kompetansemiljøer (f.eks. KoRus, RKBU/RBUP)
- Fylkeskommunen
- Ingen
- Andre

Dersom du har svart «andre» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Er det lagt opp til *medvirkning* fra målgruppen for prosjektet/tiltaket?

- Ja
 Nei
-

De tre neste spørsmålene ble kun stilt til kommuner som har svart at det er lagt opp til medvirkning fra målgruppen for prosjektet/tiltaket:

I hvilke faser av prosjektet/tiltaket er det lagt opp til medvirkning fra målgruppen?
Flere avkryssninger er mulig.

- I utforming av søknad
 I oppstarten
 Underveis i prosjektet/tiltaket
 I tilknytning til evaluering av prosjektet/tiltaket
-

Kan du beskrive hvordan det er lagt til rette for medvirkning fra målgruppen for prosjektet/tiltaket?

Hva vil du si har vært *nytt* av at målgruppen for prosjektet/tiltaket medvirker, og hva har eventuelt vært utfordringene?

Hva slags evaluering av prosjektet/tiltaket er det lagt opp til?
Flere avkryssninger er mulig.

- Egenevaluering
- Kombinasjon av egenevaluering og forskerevaluering
- Målgruppen medvirker i evalueringen
- Følge/prosessevaluering ved forskermiljø
- Resultat/effektevaluering ved forskermiljø
- Ingen

Dersom det er lagt opp til egenevaluering, kan du/dere si noe om hva slags type materiell (veiledere, kursdeltagelse og lignende) som eventuelt benyttes?

Har kommunen/tiltaket fått på plass samarbeid med FoU-miljø om å gjennomføre evaluering?

- Ja
- Nei

Dersom du har svart nei, kan du si noe om hvorfor samarbeid med FoU-miljø ikke er etablert?

Spørsmål kun stilt til kommuner som har svart at de har fått på plass samarbeid med FoU-miljø om gjennomføring av evaluering:

Hvordan ble kontakten med FoU-miljøet etablert?

Har det vært *utfordringer* knyttet til evaluering?

- Ja
 - Nei
-

Spørsmål kun stilt til kommuner som svarer at det har vært utfordringer knyttet til evaluering:

Hva slags utfordringer knyttet til evaluering er det snakk om?

Flere avkryssninger er mulig.

- Finansiering
- Kommunen mangler kunnskap/kompetanse
- Kommunen mangler ressurser og kapasitet til å arbeide med evaluering
- Problemer med å finne relevante FoU-miljøer
- Samarbeidsproblemer med FoU-miljø
- Samarbeidsproblemer internt i kommuneorganisasjonen
- Samarbeidsproblemer med eksterne (f.eks. frivillighet, næringsliv m.m.)
- Samarbeidsproblemer med målgruppe
- Prosjektet/tiltaket er kommet for kort
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

De neste spørsmålene ble stilt både til kommuner med og uten prosjekt/tiltak innunder program for folkehelsearbeid.

Nå følger noen spørsmål om kommunens erfaring med tilbud og ressurser i program for folkehelsearbeid.

Har du benyttet noen av de følgende tilbudene og ressursene i program for folkehelsearbeid i kommunene?

Flere avkryssninger er mulig

- www.forebygging.no
- Nasjonale konferanser
- Deltagelse på seminarer/webinarer i regi av Helsedirektoratet
- Deltagelse på seminarer og konferanser arrangert av fylkeskommunen
- Presentasjoner lagt ut som nettressurs av Helsedirektoratet
- Presentasjoner lagt ut som nettressurs av fylkeskommunen
- Kontakt med FoU-miljøer i tilknytning til programmet
- Kontakt med kompetansmiljøer i tilknytning til programmet (f.eks. KoRus, RKBU/RBUP)
- Veiledningsmateriell/rapporter
- Veiledning
- Kunnskapsdeling/erfaringsutveksling som programmet har tilrettelagt for
- Annen støtte fra fylkeskommunen til folkehelsearbeid innunder programmet
- Ingen av tilbudene

Spørsmål kun stilt til kommuner som ikke har benyttet noen av tilbudene nevnt ovenfor:

Selv om du ikke har benyttet noen av tilbudene i program for folkehelsearbeid, kjenner du til noen av dem?

	Ja	Nei
www.folkehelse.no	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasjonale konferanser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deltagelse på seminarer/webinarer i regi av Helsedirektoratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deltagelse på seminarer og konferanser arrangert av fylkeskommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presentasjoner lagt ut som nettressurs av Helsedirektoratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presentasjoner lagt ut som nettressurs av fylkeskommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt med FoU-miljøer i tilknytning til programmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt med kompetansmiljøer i tilknytning til programmet (f.eks. KoRus, RKBU/RBUP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledningsmateriell/rapporter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunnskapsdeling/erfaringsutveksling som programmet har tilrettelagt for	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen støtte fra fylkeskommunen til folkehelsearbeid innunder programmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ingen av tilbudene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spørsmål kun stilt til kommuner som kjenner til tilbudene nevnt nedenfor, men som ikke har benyttet dem.

Hvorfor har du/dere ikke benyttet dere av tilbudene?

Flere avkryssninger er mulig.

- Tilbudet/tilbudene er ikke relevant innholdsmessig
- Tilbudet/tilbudene er for komplisert å sette seg inn i/benytt seg av
- Tilbudet/tilbudene er for ressurs/tidkrevende å sette seg inn i/benytt seg av
- Tilbudet/tilbudene overlapper med andre tilgjengelige tilbud utenom programmet
- Tilbudet/tilbudene er dårlig tilpasset kommunens arbeidsform
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Spørsmål kun stilt til kommuner som har benyttet seg av kunnskapsdeling og/eller erfaringsutveksling som programmet har tilrettelagt for:

Dersom du har vært med på kunnskapsdeling og/eller erfaringsutveksling som programmet har tilrettelagt for, kan du kort beskrive innholdet i denne utvekslingen?

Spørsmål kun stilt til kommuner som har mottatt annen støtte fra fylkeskommunen:

Dersom du har mottatt annen støtte fra fylkeskommunen til folkehelsearbeid innunder programmet, kan du nevne hva dette har bestått i?

I spørsmålet nedenfor har kun ressurser som kommunene i foregående spørsmål rapporterte å benytte seg av blitt vist til respondenten.

Hvilken nytte har du/dere hatt av ressursene dere har benyttet?

	Meget lite nytte	Nokså lite nytte	Både/og	Nokså stor nytte	Meget stor nytte
www.forebygging.no	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nasjonale konferanser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deltagelse på seminarer/webinarer i regi av Helsedirektoratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deltagelse på seminarer og konferanser arrangert av fylkeskommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presentasjoner lagt ut som nettressurs av Helsedirektoratet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Presentasjoner lagt ut som nettressurs av fylkeskommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt med FoU-miljøer i tilknytning til programmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kontakt med kompetansemiljøer i tilknytning til programmet (f.eks. KoRus, RKBURBUP)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledningsmateriell/rapporter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunnskapsdeling/erfaringsutveksling som programmet har tilrettelagt for	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annen støtte fra fylkeskommunen til folkehelsearbeid innunder programmet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Spørsmål kun stilt til kommuner som har benyttet seg av kontakt med FoU-miljøer eller kompetansemiljøer:

Dersom du har vært i kontakt med FoU-miljø eller kompetansemiljø i tilknytning til programmet, hva har vært spesielt nyttig og er det noe du savner?

Vi ønsker så å stille noen spørsmål omkring fylkeskommunens rolle i programmet.

Fylkeskommunen har en sentral rolle i program for folkehelsearbeid. Fylkeskommunen forvalter midlene til gjennomføring av lokale prosjekt/tiltak i kommunene og skal understøtte kommunene i prosjekt-/tiltaksutviklingen. En del av denne rolle består i å sørge for kunnskaps- og erfaringsspredning til alle kommuner i fylket, også de uten prosjekt/tiltak.

Hvilken konkret støtte har kommunen fått fra fylkeskommunen i forbindelse med programmet?

Flere avkryssninger er mulig.

- Veiledning
- Kompetanseheving/tilførsel på seminarer/webinarer
- Lærende nettverk av kommuner, fylkeskommunen
- Direkte støtte fra forskningsmiljø
- Direkte støtte fra kompetansemiljø
- Annet
- Ingen

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

I spørsmålet nedenfor har kun ressurser som kommunene i foregående spørsmål rapporterte å benytte seg av blitt vist til respondenten.

Hvilken nytte har du/dere hatt av følgende typer støtte fra fylkeskommunen?

	Meget lite nytte	Nokså lite nytte	Både/og	Nokså stor nytte	Meget stor nytte
Veiledning	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kompetanseheving/tilførsel på seminarer/webinarer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lærende nettverk av kommuner, fylkeskommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Direkte støtte fra forskningsmiljø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Direkte støtte fra kompetansemiljø	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

I hvilken grad er kontakten/samarbeidet med fylkeskommunen organisert etter kommunens behov?

- I meget liten grad
- I nokså liten grad
- Både/og
- I nokså stor grad
- I meget stor grad

Er det noe ved kontakten/samarbeidet med fylkeskommunen dere er spesielt fornøyd med, eller noe dere eventuelt ville ønske å endre?

Hvor nyttig vil du/dere si at prosjekt-/tiltaksutvikling i *andre kommuner* (i Program for folkehelsearbeid) er for læring og utvikling av eget folkehelsearbeid rettet mot barn og unge?

- Meget unyttig
- Nokså unyttig
- Både/og
- Nokså nyttig
- Meget nyttig
- Vet ikke

Dersom du/dere ønsker å utdype svaret gitt ovenfor, vennligst benytt feltet nedenfor.

Spørsmålene nedenfor ble kun stilt til kommuner med prosjekt/tiltak.

I hvilken grad mener du/dere at prosjektet/tiltaket hittil har hatt *påvirkning* på følgende områder?

	I meget liten grad	I nokså liten grad	Både/og	I nokså stor grad	I meget stor grad
Utfordringsbilde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Faglig utvikling og kompetanseheving i kommunen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nyskaping (dvs. at kommunen gjøre noe som ellers ikke ville vært satt i gang)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nye samarbeidsrelasjoner internt i kommuneorganisasjonen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nye samarbeidsrelasjoner med eksterne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aktivering av sivilsamfunnet/frivilligheten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

I hvilken grad tror du/dere at prosjektet/tiltaket vil føre med seg noen av *virkningene* nevnt nedenfor i årene fremover?

	I meget liten grad	I nokså liten grad	Både/og	I nokså stor grad	I meget stor grad
At kunnskapen og kompetansen videreføres som en del av kommunens systematiske folkehelsearbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At tiltaket vil inngå i kommunens ordinære drift	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At medvirkning blir et viktigere verktøy i flere av kommunens sektorer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
At folkehelse i større grad forankres i kommunens planarbeid	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

Avslutningsvis stiller vi noen spørsmål om nytteverdi og erfaringer samlet sett.

I hvilken grad svarer programmets målsettinger og virkemidler til kommunens behov?

- I meget liten grad
 - I nokså liten grad
 - Både/og
 - I nokså stor grad
 - I meget stor grad
 - Vet ikke
-

Hva erfarer kommunen at er de viktigste forskjellene i denne prosjekt-/tiltaksstøtten sammenlignet med andre støtteordninger til prosjektutvikling som dere har erfaring med innen folkehelsearbeidet?

Flere avkryssninger er mulig.

- Lengde på prosjekt-/tiltaksperiode
- Tilgang til finansiering
- Kunnskaps- og forskningsbasert innretting av prosjektet/tiltaket
- Krav om evaluering
- Kontakt med FoU- og kompetansemiljø
- Oppfølging og faglig støtte fra fylkeskommunen
- Oppfølging og faglig støtte fra Helsedirektoratet
- Annet

Dersom du har svart «annet» og/eller ønsker å utdype svaret du har gitt, vennligst benytt feltet nedenfor.

De avsluttende spørsmålene nedenfor ble stilt både til kommuner med og uten tiltak/prosjekt.

En bakgrunn for etableringen av Program for folkehelsearbeid er at kommunene rapporterte at de manglet virkemidler for å styrke barn og unges psykiske helse og livskvalitet, herunder rusforebygging. I hvilken grad opplever du/dere at programmet bidrar til å gi din kommune nødvendig kunnskap og ressurser i dette arbeidet?

- I meget liten grad
 - I nokså liten grad
 - Både/og
 - I nokså stor grad
 - I meget stor grad
-

Er det noe du vil utdype eller legge til når det gjelder kommunens behov for støtte til folkehelsearbeidet rettet mot barn og unge?

Er det noe du ønsker å utdype eller tilføye til skjemaet, benytt gjerne feltet nedenfor.

Vedlegg 2 – Dokumentstudie - arbeidsnotat