

Hege Hofstad
Heidi Bergsli

Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan

Status og ringvirkninger 2012–2015

NIBR

By- og regionforskningsinstituttet

HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2013:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging, Delrapport 1
NIBR-rapport 2014:18	Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging, Delrapport 2
NIBR-rapport 2015:13	Lokal oversikt over folkehelsen – muligheter og utfordringer
NIBR-rapport 2014:21	Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør

Rapportene koster
fra kr 250,- til kr 350,-og kan bestilles
fra NIBR:
Gaustadalléen 21
0349 Oslo
Tlf. 22 95 88 00
Faks 22 60 77 74

E-post til
nibr@nibr.no

Publikasjonene
kan også skrives ut fra
www.nibr.no
Porto kommer i tillegg til de oppgitte
prisene

Hege Hofstad
Heidi Bergsli

Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan

Status og ringvirkninger 2012-2015

NIBR-rapport 2016:9

Tittel: Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan: Status og ringvirkninger 2012-2015

Forfatter: Hege Hofstad og Heidi Bergsli

NIBR-rapport: 2016:9

ISSN: 1502-9794
ISBN: 978-82-8309-112-0 (trykt)
978-82-8309-113-7 (elektronisk)

Prosjektnummer: 3059

Prosjektnavn: Følgeevaluering knyttet til etter- og videreutdanningsprogrammet «Helse og Omsorg i Plan»

Oppdragsgiver: KS

Prosjektleder: Hege Hofstad

Referat: Dette er sluttrapporten til en fireårig følgeevaluering av «Helse og omsorg i plan», et etter- og videreutdanningsprogram på masternivå med mål om å øke kunnskap om helse, folkehelse og planlegging i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: Juni 2016

Antall sider: 85

Pris: 250,-

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

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

Trykk: X-idé
Org. nr. NO 997058925 MVA

Forord

By- og regionforskningsinstituttet NIBR har gjennomført en fireårig følgeevaluering (2012-2015) av «Helse og Omsorg i Plan» (Helomplan), et etter- og videreutdanningsprogram på masternivå med mål om å øke kunnskapen om helse, folkehelse og planlegging i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har gitt KS i samarbeid med fem høyskoler og universiteter i oppgave å drifte Helomplan.

Denne rapporten utgjør sluttrapporten til følgeevalueringen hvor hovedfokus er på etter- og videreutdanningsprogrammets ringvirkninger gjennom å se på utviklingen over tid – fra starten i 2012 til utgangen av 2015.

Forfatterne vil rette en stor takk til informantene som har svart på spørreundersøkelser og stilt opp i intervjuer. Stor takk også til utdanningsinstitusjonene og ikke minst KS ved John Jacobsen for meget godt samarbeid.

Oslo, juni 2016

Trine M. Myrvold
Forskningssjef

Innhold

Forord	1
Figuroversikt	5
Sammendrag.....	6
Summary	10
1 Innledning.....	14
1.1 Fokusbområde 1: Status hos deltakende samfunnsaktører.....	15
1.2 Fokusbområde 2: Vurdering av utdanningstilbudet.....	17
1.3 Fokusbområde 3: Utdanningens ringvirkninger	18
1.4 Data og metode.....	19
2 Bakgrunn og forventninger.....	21
2.1 Om Helse og omsorg i plan	21
2.2 Helse- og omsorgsfeltet	25
2.3 Folkehelsefeltet.....	28
2.4 Planleggingsfeltet.....	29
2.5 Kjerneutfordringer	30
2.5.1 Oversettelsesutfordringen.....	31
2.5.2 Samfunnsutviklingsutfordringen.....	32
2.5.3 Samstyrings- og innovasjonsutfordringen	34
3 Kunnskapsgrunnetaget – om bruk av statistikk og informasjon	35
3.1.1 Bruk av kilder.....	36
3.1.2 Helse som kunnskapsgrunnetag for planlegging	37
3.1.3 Utarbeidelse av oversiktsdokument.....	38
3.1.4 Kursets bidrag til statistikk-kompetanse.....	40
4 Helse i plan.....	42
4.1 Helse i plan – status og endring over tid	42
4.1.1 Omtales folkehelse/helse i planer?.....	42
4.1.2 Integreng av kunnskap om helsetilstand/påvirkningsfaktorer	45

4.2	Utfordringer for tettere integrering mellom (folke-)helse og plan	47
4.3	Økt planinnflytelse som følge av Helomplan?.....	51
5	Samarbeid på tvers	53
5.1	Folkehelsekoordinatoren	54
5.2	Deltakernes samarbeidsmønster	56
5.3	Forutsetninger for tverrsektoriell integrering.....	59
5.4	Interkommunalt samarbeid	62
6	Samhandling mellom kommuner og helseforetak	65
6.1	Betydningen av økt plankompetanse	65
6.2	Utfordringer for samhandling	68
6.3	Helomplans betydning for samhandlingskompetanse	70
7	Ringvirkninger av Helse og omsorg i plan.....	71
7.1	Har Helomplan bidratt til oversettelse?	72
7.2	Har Helomplan bidratt til samfunnsutvikling?	75
7.3	Har Helomplan bidratt til samstyring- og innovasjon?	77
7.4	Konklusjon.....	79
	Litteratur	82

Tabelloversikt

Tabell 3.1	<i>I hvilken grad bruker du følgende kilder i ditt daglige virke? (Resultater for i stor grad, flere kryss mulig).....</i>	36
Tabell 3.2	<i>I hvilken grad har du behov for mer kunnskap om helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen?.....</i>	37
Tabell 3.3	<i>Har det blitt utarbeidet en oversikt i din kommune?.....</i>	38
Tabell 4.1	<i>Omtales folkehelse/ helse i følgende planer? (Mulig å sette flere kryss).....</i>	43
Tabell 4.2	<i>Kunnskap om helsetilstand/påvirkningsfaktorer som grunnlag for utforming av planer (viser resultatene fra i stor grad).....</i>	46
Tabell 5.1	<i>Folkehelsekoordinatorens viktigste arbeidsoppgaver (flere kryss mulig).....</i>	55
Tabell 5.2	<i>Hvor ofte har du kontakt (e-post, møter, osv med følgende aktører? Viser daglig/ ukentlig kontakt (flere kryss mulig)...</i>	57

Figuroversikt

Figur 2.1	<i>Folkehelse og planlegging: Forholdet mellom folkehelsesloven, plan- og bygningsloven og kommuneloven (hentet fra kommunetorget.no)</i>	24
Figur 7.1	<i>Sammenhengen mellom kjerneutfordringene</i>	80

Sammendrag

Hege Hofstad og Heidi Bergsli

Sluttevaluering av Helse og omsorg i plan: Status og ringvirkninger 2012-2015

NIBR-rapport 2016:9

By- og regionforskningsinstituttet NIBR har gjennomført en fireårig følgeevaluering (2012-2015) av «Helse og Omsorg i Plan» (Helomplan), et etter- og videreutdanningsprogram på masternivå med mål om å øke kunnskapen om helse, folkehelse og planlegging i kommuner, fylkeskommuner, helseforetak og fylkesmenn. Programmet har rettet seg både mot planleggere, ansatte i helsesektoren og folkehelseansvarlige. Imidlertid er det først og fremst representanter for helsesektoren som har gjennomført utdanningsprogrammet. Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har gitt KS i samarbeid med fem høyskoler og universiteter i oppgave å drifte Helomplan.

NIBR har tidligere gitt ut to delrapporter som del av følgeevalueringen av Helomplan (Hofstad og Helgesen 2013, Hofstad og Helgesen 2014). Denne rapporten utgjør sluttevalueringen av Helomplan. Hovedfokus her er å undersøke hvorvidt dette etter- og videreutdanningsprogrammet har skapt ringvirkninger ved å styrke deltakernes og deres «moderinstusjoners» (kommuner, fylkeskommuner, helseforetak, fylkesmenn) evne til å:

- Styrke folkehelsen ved å forankre kommunale og regionale folkehelseiltak gjennom bruk av plan- og bygningsloven som verktøy
- Utvikle og tilrettelegge for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren

Basert på tidligere forskning (Hofstad 2014) argumenterer vi her for at økt kompetanse (?) her innebærer evnen til å adressere tre kjerneutfordringer: å *oversette* komplekse styringssignaler til en lokal virkelighet, drive *samfunnsutvikling* og *skape samstyring/innovasjon*. Diskusjonen av Helomplans resultater knyttes derfor opp til disse kjerneutfordringene: I hvilken grad har Helomplan lyktes med å skape ringvirkninger som styrker kommunenes evne til oversettelse, samfunnsutvikling og samstyring/innovasjon?

Oversettelse

Begrepet oversettelse betyr i denne sammenhengen å skape en forståelse for hva styringssignalene på folkehelse, helse og planlegging innebærer – hvilke verdier de er tuftet på og implikasjonene av dem, samt å identifisere hvilke av styringssignalene som er relevante i den gitte lokale konteksten de skal oversettes til.

Helomplans viktigste bidrag ligger nettopp i en styrket forståelse for dagens folkehelse-/helsepolitikk, kunnskap om planlegging og evne til å anvende denne kunnskapen i en lokal/regional kontekst. Mer spesifikt har etter- og videreutdanningen gitt økt forståelse og et godt kunnskapsgrunnlag om disse områdene. I sin tur fører dette til faglig trygghet og legitimitet, som gjør det lettere å løfte fram (folke-) helseperspektivet og delta i planprosesser.

Samfunnsutvikling

Samfunnsutvikling handler om langsiktige prosesser der målet er å angi strategisk retning, mobilisere til deltakelse, og samordne innsatsen på tvers av sektorer (Hofstad og Hanssen 2015). Folkehelse og helse er begge tuftet på en langsiktig visjon om «det gode liv» og «det gode samfunn», hvor et føre-var prinsipp skal være styrende for de valgene en gjør. Planleggingen deler en slik ambisjon. Samtidig er hensikten med planlegging nettopp å finne fram til felles strategier, mobilisere til deltakelse og skape samordning gjennom å utforme mål og prioriteringer på tvers av sektorer. Planlegging er derfor et helt sentralt samfunnsutviklingsinstrument.

Resultatene av evalueringen viser at folkehelse/helse er inne som målsettinger i planene i majoriteten av kommunene. Slik var det i 2012/2013, og slik er det i noe sterkere grad i 2015.

Oppmerksomheten om folkehelse/helse har altså vært stabil over

tid. Ifølge deltakerne selv har deltakelsen på Helomplan gitt større kapasitet og kompetanse til å fremme disse perspektivene i planleggingen, og den kan dermed ha bidratt til å stabilisere fokuset på folkehelse/helse i de deltakende kommunene.

Imidlertid er det slik at det å omtale folkehelse/helse i planer er den lavest hengende frukten når det gjelder å integrere folkehelse/helse og plan. Vi ser at den faktiske innflytelsen i form av å integrere kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer er langt mer utfordrende. Men en effekt av Helomplan – slik våre informanter opplever det – er at de er bedre i stand til å delta i planprosesser og kunne stille krav om å integrere folkehelse/helse i planleggingen med større grad av legitimitet. Og at dette har blitt enklere over tid.

Samstyring/innovasjon

Det brede folkehelseperspektivet som ligger til grunn for dagens folkehelsepolitikk, samt målet om å gjøre folkehelse til et overordnet mål for samfunnsutviklingen med planlegging som et viktig verktøy for å fremme dette, innebærer at kommuner og fylkeskommuner må tenke og organisere seg på nye måter – altså en form for offentlig innovasjon. Målet er at alle relevante aktører og sektorer trekkes med – det vi her har kalt for samstyring. Både nye tankemønstre og samstyringen utfordrer vante organisasjonsmønstre og tradisjonelle måter å drive problemløsning på.

Av de kjerneutfordringene vi har valgt å speile resultatene i, er det samstyring og innovasjon som i minst grad trekkes fram av respondentene. Først og fremst er de opptatt av at de har fått en tryggere kunnskapsbase hvor de har en bedre forståelse for folkehelse og for planlegging. For noen deltakere har denne kunnskapen medført at de i større grad involveres i kommunens planlegging enn tidligere. En annen erfaring deltakerne på Helomplan har er at dersom flere fra kommunen/fylkeskommunen deltar på Helomplan, økes sannsynligheten for å lykkes med å skape forståelse og samhandling på tvers av organisasjonen.

I et innovasjonsperspektiv har deltakerne tilegnet seg et planspråk som gjør det lettere å vinne innpass på planleggingsarenaen. Samtidig anvender de begrepene og språket i sin egen sektor, og

blir det de selv har omtalt som et «gnagsår», eller de fungerer som en «påminnellesagent» hvor de minner om betydningen av at deres egen sektor engasjerer seg og deltar aktivt i planleggingen. Og her er en kime til innovasjon; De introduserer nye begreper i sin egen virksomhet som kan bidra til å utvikle hvordan virksomheten ser på egne aktiviteter, men også deres egen funksjon i organisasjonen.

Summary

Hege Hofstad and Heidi Bergsli

The final evaluation of Helomplan: Status and effects 2012-2015

NIBR Report 2016:9

The Norwegian institute of urban and regional research (NIBR) has in the period 2012- 2015 evaluated the master programme Health and Care in Plan (Helomplan), an educational development programme. Helomplan is aimed to increase the knowledge about public health, health and planning in municipalities, county councils and county governors. The Ministry of health and care and the Directorate of health have delegated the responsibility to administer Helomplan to the Norwegian Association of Local and Regional Authorities in collaboration with five university colleges and universities.

Previously, the evaluation have produced two reports (Hofstad and Helgesen 2013, Hofstad and Helgesen 2014). This report contains the final evaluation of Helomplan. The main aim is to investigate the gains of this master programme in strengthening the capability of the participants and their institutions (i.e. municipalities, county councils, regional health authorities and county governors) in terms of:

- Strengthening public health by embedding different public health initiatives in municipalities and counties, by using the Planning and Building Act as a tool
- Developing and facilitating planning and process competence in the health sector

Based on former studies (Hofstad 2014), we argue that this capability concerns means to address three key challenges: to

translate complex policy signals to a local reality, to promote *societal development*, and to enhance *co-governance/innovation*. We thereby discuss Helomplan in light of these challenges: To what extent does Helomplan contribute to strengthen the municipalities' capability of translation, societal development and co-governance/innovation?

Translation

The concept of translation refers here to the capability to develop an understanding of what the policy signals in the domains of public health, health and planning mean - the values on which they are based and their implications- as well as to identify which policy signals are relevant in the context in which they are translated.

The main contribution of Helomplan is that professionals have enhanced their understanding of contemporary public health/health policies, their knowledge in planning, and their capability of using this knowledge in a local and regional context. More specifically, the educational development programme has increased understanding and knowledge that in turn lead to professional confidence and legitimacy, facilitating the promotion of (public) health perspectives and participation in planning processes.

Societal development

Societal development concerns the long-term processes aimed to give strategic direction, mobilise participation, and coordinate cross-sectorial actions and initiatives (Hofstad and Hanssen 2015). Public health and health are equally based on a long-term vision of quality of life (*det gode liv*), and "the good society", wherein a principle of prevention (*føre var*) is aimed to guide the priorities one makes. Planning shares this ambition. Yet, the purpose of planning is in itself to select common strategies, mobilise participation and promote coordination by the elaboration of cross-sectorial goals and priorities. Thus, planning is a key instrument for societal development.

The findings of this evaluation study show that public health/health are goals included in plans in the majority of the municipalities. This was also the case in 2012/2013, though to a somewhat larger extent in 2015. Attention to public health/health has also been constant over time. According to the participants of

Helomplan, participation in the programme has strengthened their capability and competence in promoting these perspectives in planning. Helomplan may therefore have contributed to the stabilisation of the focus on public health/health in the participating municipalities.

Yet, mentioning public health/health in plans is a low-key action in question of integrating public health/health and planning. We find that their actual influence in integrating knowledge about health conditions and determinants of health in plans are far more demanding. However, one effect of Helomplan- as experienced by our respondents – is that the programme's participants are more capable of participating in planning processes and in putting forward demands with greater legitimacy, as is also found to be easier over time.

Co-governance/innovation

Translation and societal development as integrated in contemporary policies imply that municipalities and county councils have to think and organise themselves in new ways- hence, a kind of public innovation. The goal is that all relevant actors and sectors participate- what we here refer to as co-governance. New ways of thinking and co-governance challenge known organisational patterns and traditional means of problem-solving.

Among the three perspectives by which we have analysed the results, co-governance and innovation are the capabilities least emphasised by the respondents. They primarily emphasise the achievement of a more confident knowledge base and a better understanding of public health and planning. For some participants, Helomplan has resulted in closer engagement in municipal planning processes. To be more than one participant on Helomplan from the municipality/county municipality is, according to the Helomplan-participants, a plus factor for implementation and learning in their organisation. Their experience is that this increases cross- sectoral influence and enhance the probability for change.

In an innovation perspective, the participants have adopted a planning language that enhance access to the planning arena easier. They also use the concepts and the language in their own sector.

They become what they refer to as “naggers” or act as “reminder agents” – pointing out the importance of using the planning instrument as a way to diffuse public health/health concerns in the organisation. Here, there is a seed for innovation. They introduce new concepts in their own division/sector that may contribute to develop how this sector perceives their own activities, but also their function in the organisation in general.

1 Innledning

Helse og omsorg i plan (Helomplan) er et etter- og videreutdanningsprogram som tilbys til ansatte i kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og helseforetak med ansvar for planlegging av det lokale/regionale folkehelsearbeidet og helse- og omsorgstjenestene. Programmet er et ett års deltidsstudium på masternivå og består av en kursoppgave og en skriftlig eksamen. Helomplan har inngått som en del av deres masterprogram med 40 studieplasser hver. Helomplan startet opp i 2012 og skulle opprinnelig blitt avsluttet i 2015, men har nå fått forlenget støtte også i 2016.

På bakgrunn av oppdragsbrev gitt av Helse- og omsorgsdepartementet til Helsedirektoratet har Helsedirektoratet inngått avtale om å utvikle etter- og videreutdanningstilbud med KS/SEVS. KS/SEVS har deretter inngått avtale med følgende utdanningsinstitusjoner; Universitetet i Tromsø, Høgskolen i Volda, Høgskolen på Lillehammer og Høgskolen i Vestfold og Buskerud, samt Universitetet i Agder fra 2013. I tillegg har SEVS stått for markedsføring av etter-/og videreutdanningen til helseforetak, kommuner, fylkeskommuner og fylkesmenn.

De fire opprinnelige utdanningsinstitusjonene har sammen utviklet undervisningsplan, pensum og eksamensopplegg for etter- og videreutdanningen.

Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) har hatt ansvaret for å følgeevaluere gjennomføringen av Helomplan fra 2012-2015. Underveis har to delrapporter blitt publisert (Hofstad og Helgesen 2013, Hofstad og Helgesen 2014). Dette er sluttrapporten fra evalueringen.

Evalueringen av Helomplan har tatt utgangspunkt i følgende hovedproblemstillinger:

1. I hvilken grad er det overensstemmelse mellom oppdraget gitt av Helse- og omsorgsdepartementet og det utdanningstilbudet SEVS har utviklet sammen med lærestedene?¹
2. I hvilken grad brukes planlegging som et redskap for utvikling av helse-, omsorgs- og folkehelse tjenester?
3. Fører utdanningen med prosjektoppgave til økt bruk av planlegging som redskap i utvikling av tjenester knyttet til helse, omsorg og folkehelse hos de deltakende samfunnsaktørene?
4. Ser man en endring i bruk av kunnskapskilder knyttet til helsetilstand og helseutfordringer?
5. Fører utdanningen med prosjektoppgave til økt samarbeid på tvers av sektorielle og faglige skiller hos samfunnsaktørene?

Disse problemstillingene danner utgangspunktet for tre fokusområder som er bærende for følge- og sluttevalueringen.

1.1 Fokusområde 1: Status hos deltakende samfunnsaktører

For å kunne ivareta følgeevalueringens ønske om å identifisere effekter av utdanningen hos de deltakende samfunnsaktørene har det vært viktig å få et bilde av hvilke praksiser som eksisterte forut for utdanningen. Denne baseline – undersøkelsen er orientert mot følgende momenter:

- Samfunnsaktørens kompetanse og bruk av samfunnsplanlegging (kommune- og økonomiplan) som et virkemiddel i helse-/folkehelse-/omsorgsarbeidet
- Integrert samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i planleggingen av virksomheten

¹ Den første problemstillingen ble ivaretatt i første delrapport (Hofstad og Helgesen 2013) og vil ikke belyses her.

- Samfunnsaktørenes kjennskap til helsetilstand og helseutfordringer i kommunen/fylket/helseforetaket og deres bruk av tilgjengelige data til dette formålet
- Samfunnsaktørenes bruk av tverrsektorielt/tverrfaglig samarbeid som et redskap i helse-/folkehelse-/omsorgsarbeidet

Base-lineundersøkelsen baserer seg på to ulike datakilder. For det første har alle som deltok på det første og andre kurset høsten 2012/våren 2013 og høsten 2013/våren 2014 besvart et spørreskjema som kartla nå-situasjonen i forhold til punktene over. Skjemaet ble sendt ut ved utdanningens begynnelse, det vil si i løpet av høsten 2012 og høsten 2013.

For det andre valgte vi ut åtte case hvor vi intervjuet deltakeren på kurset, hans/hennes overordnede, samt den ansvarlige for kommuneplanlegging og den ansvarlige for samhandling med kommunen og spesialisthelsetjenesten. For å få et så godt bilde som mulig var det viktig at casene har en geografisk sammensetning hvor både små og store kommuner inngår og hvor casene er spredt ut over landet. I tillegg har vi etterstrebet at casene varierer i henhold til typen helseutfordringer, administrativ kapasitet og kompetanse. Casene ble valgt med utgangspunkt i deltakerne på første og andre kurs. I forståelse med oppdragsgiver kom vi fram til at det mest hensiktsmessige er at det i hver av de to kullene ble valgt tre kommuner og en fylkeskommune.

Både spørreundersøkelsen og casestudiene søker å belyse følgende temaer:

- I hvilken grad er helsehensyn integrert i kommuneplanen/regionplanen?
- I hvilken grad driver kommunen og spesialisthelsetjenesten felles planlegging?
- Er det etablert samarbeidsarenaer hvor aktører møtes på tvers av faglige og organisatoriske grenser?
- I hvilken grad brukes tilgjengelig data og kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer som grunnlag for planleggingsaktiviteten?

1.2 Fokusområde 2: Vurdering av utdanningstilbudet

Målet med dette fokusområdet er todelt. For det første skal KS/SEVS sin tolkning av oppdraget de har fått av Helsedirektoratet evalueres. Her inngår også Helse- og omsorgsdepartementets opprinnelige oppdragsbrev. Det empiriske grunnlaget er dokumenter relatert til oppdraget: Oppdragsbrevet til Helsedirektoratet fra Helse- og omsorgsdepartementene, samarbeidsavtalen mellom Helsedirektoratet og SEVS, undervisningsplanen(e) (i flertall dersom disse varierer fra studiested til studiested) og pensum. I tillegg ble det gjennomført intervjuer med nøkkelpersoner i Helsedirektoratet, KS/SEVS og ved utdanningsinstitusjonene. Til sammen gir dette grunnlag for å vurdere hvordan SEVS og utdanningsinstitusjonene har valgt å tolke oppdraget gitt av Helsedirektoratet. Denne delen av del av evalueringen ble sluttevaluert i første delrapport (Hofstad og Helgesen 2013).

Det andre målet med dette fokusområdet er å drive løpende evaluering av utdanningstilbudet og på den måten bidra til å videreutvikle tilbudet underveis. Her er dokumentene som beskriver undervisningstilbudet en viktig datakilde. Videre har NIBR gitt innspill til videreutvikling av undervisningen gjennom å presentere resultater fra evalueringen på den årlige samlingen for undervisningsstedene og SEVS. I tillegg mottok deltakerne på Helomplan i 2012/2013 og 2013/2014 et spørreskjema etter de hadde fullført Helomplan hvor de ble spurt om sine forventninger til Helomplan og om disse forventningene ble innfridd. Denne spørreundersøkelsen kom altså i tillegg baselineundersøkelsen beskrevet under fokusområde 1.

Fokus i den løpende evalueringen har vært følgende:

- Hvilke forventninger har deltakerne til kurset?
- Hvilken form for planlegging har deltakerne/samfunnsaktørene behov for mer kunnskap om?
- Dekker undervisningen deltakernes/samfunnsaktørenes kunnskapsbehov?

Evalueringen av utdanningstilbudet har blitt rapportert i delrapport 1 og 2 (Hofstad og Helgesen 2013, Hofstad og Helgesen 2014) samt i de årlige muntlige presentasjonene for utdanningsinstitusjonene.

1.3 Fokusområde 3: Utdanningens ringvirkninger

Følgeevalueringen skal gi innsikt i om gjennomført utdanning med prosjektoppgave fører til endringer i praksis hos samfunnsaktørene studentene representerer. Dette er hovedfokuset i evalueringen. I tråd med beskrivelsen av gjennomføringen av baselineundersøkelsen i fokusområde 1 orienteres denne mot tre momenter: samfunnsplanlegging som virkemiddel i helse-/omsorg-/ folkehelsearbeidet, integrert samhandling mellom kommune og spesialisthelsetjeneste i planleggingen av virksomheten, kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer og tverrfaglig samarbeid. Denne delen av følgeevalueringen består derfor i å gjenta datainnsamlingen beskrevet i fokusområde 1 i slutten av prosjektperioden (nov 2015-januar 2016) for å identifisere endringer. Det vil si at vi gjennomførte 2. gangs intervjuer med informantene i de åtte casene samt at alle deltakere i første og andre kull mottok samme spørreskjema som i fokusområde 1 (baseline). Disse dataene danner hovedgrunnlaget for sluttevalueringen som presenteres i denne rapporten.

Evalueringen av utdanningens virkninger følger opp de temaer som er angitt under fokusområde 1. Men i tillegg er undersøkelsen rettet mot å få tak i utkommet av utdanningen både for deltakeren selv og for den samfunnsaktøren han/hun representerer. Vi har derfor stilt følgende spørsmål:

- I hvilken grad har kurset bidratt til å styrke den tverrsektorielle/ tverrfaglige innretningen på planleggingen?
- I hvilken grad har kurset bidratt til å styrke fokuset på helsetilstand og påvirkningsfaktorer i planleggingen?

1.4 Data og metode

Vi har allerede kommet inn på datakilder og metode for datainnsamling under beskrivelsen av følgeevalueringens tre fokusområder. Målet med dette punktet er derfor å gi et mer helhetlig bilde av vår tenkning omkring viktige metodeaspekter i evalueringen. Slik vi ser det, består følgeevalueringen av det som best kan beskrives som to ulike «sirkler», en liten og en stor. *Den store sirkelen* knytter sammen fokusområde 1 og 3. Med utgangspunkt i baselineundersøkelsen beskrevet i fokusområde 1 måles ringvirkninger av undervisningen i fokusområde 3. Dermed knytter denne sirkelen sammen starten på etter- og videreutdanningen i 2012 og 2013 med de samme informantenes vurderinger i 2015. Det var nødvendig at informanter og casekommuner ble valgt fra det første og andre kullet med deltakere fordi det ga mulighet til lengst mulig virkningstid i kommunene og dermed trolig best inntak til lokale effekter av utdanningen. Intervjuer med deltakere, samt nøkkelpersoner hos samfunnsaktørene de representerer er her viktige datakilder.

Den lille sirkelen inneholder evalueringen av undervisningen gjennom hele prosjektperioden fra 2012 -2015. Denne delen av evalueringen har bidratt til å tilpasse og videreutvikle undervisningen underveis i prosjektperioden.

Det er nødvendig å komme med noen overordnede metodiske betraktninger i forhold til evaluering som metode. I en evaluering er hensikten å måle et tiltak på bakgrunn av en indikator. Oppdragsgiver ønsker to ulike former for evaluering – en følgeevaluering og en sluttevaluering. For følgeevalueringen er det oppdragsbrevet, deltakernes og utdanningsinstitusjonenes tilbakemeldinger som gir indikasjon på hvordan Helomplan fungerer. Tanken er at tilbudet skal revideres og utvikles underveis, blant annet som følge av følgeevalueringen. Når det gjelder sluttevalueringen ligger det, som beskrevet over, et ønske om å måle effekter av Helomplan hos de samfunnsaktørene studentene representerer. Ideelt sett kunne vi ha inkludert et sett med case som ikke hadde deltakere på Helomplan og målt hvorvidt det er forskjell på disse kontroll-casene og de casene som har deltakere på utdanningen. Imidlertid er det vanskelig å si med sikkerhet at eventuelle forskjeller skyldes deltakelsen i Helomplan. Også innen casene som har deltakere vil det være vanskelig å kunne si noe

sikkert om eventuelle endringer i praksiser skyldes Helomplan alene. Blant annet er det naturlig å anta at samhandlingsreformen med det nye regelverket den innebærer har betydning for samfunnsaktørenes praksiser. Et annet viktig poeng er at endringer tar tid. Eventuelle endringer måles etter to-tre år, det er kort tid for så vidt komplekse problemstillinger det her er snakk om.

Likevel vil evalueringen gi verdifull innsikt. Den vil være en måling av utviklingen i disse aktørenes planleggings- og samhandlingsmønstre. Her er evalueringen basert på en blanding spørreskjemaundersøkelse gitt til alle første- og andrekulls deltakere og intervjuer med sentrale aktører i de utvalgte casene. På den måten blir det de involverte sin vurdering av Helomplan sine ringvirkninger på egen arbeidsplass som utgjør den viktigste informasjonskilden til sluttevalueringen.

2 Bakgrunn og forventninger

2.1 Om Helse og omsorg i plan

Etter- og videreutdanningsprogrammet Helomplan er en videre oppfølging av en tidligere folkehelsemelding (St. meld 16 2002-2003) sin målsetting om at folkehelse skal forankres politisk og administrativt i kommuner og fylkeskommuner gjennom å integreres i sentrale plan- og beslutningsprosesser. Areal- og samfunnsplanlegging regulert av plan- og bygningsloven nevnes spesielt (St. meld 16 2002-2003, s. 77). Fokuset på folkehelse og planlegging ble senere fulgt opp i den neste folkehelsemeldingen, St.meld 20 (2006-2007). Bak dette initiativet lå en erkjennelse av at folkehelseplaner og -målsettinger slet med å gjøre seg gjeldene på de viktige beslutningsarenaene, de ble liggende i skuffen.

Hesledirektoratet, Helse- og omsorgsdepartementet og Miljøverndepartementet utviklet som følge av dette et felles prosjekt, «Helse i Plan», hvor hovedmålsettingen var:

- Å styrke folkehelsen ved å forankre ulike folkehelse tiltak, kommunalt og regionalt, ved bruk av plan- og bygningsloven som verktøy
- Å utvikle og tilrettelegge for oppbygging av plan- og prosesskompetanse i helsesektoren

Helse i Plan startet opp i 2006 og ble avsluttet i 2010. Om lag 30 kommuner deltok, og følgeevalueringen viste at disse kommunene hadde lyktes med å integrere folkehelse mål som i utgangspunktet ligger et stykke fra den tradisjonelle planleggingen inn i kommuneplaner, og at tverrsektorielle møteplasser var etablert (Ouff mfl. 2010, Hofstad 2011). Samtidig hadde de fortsatt et stykke å gå når det gjaldt å gå fra ord til konkret handling (Ibid.).

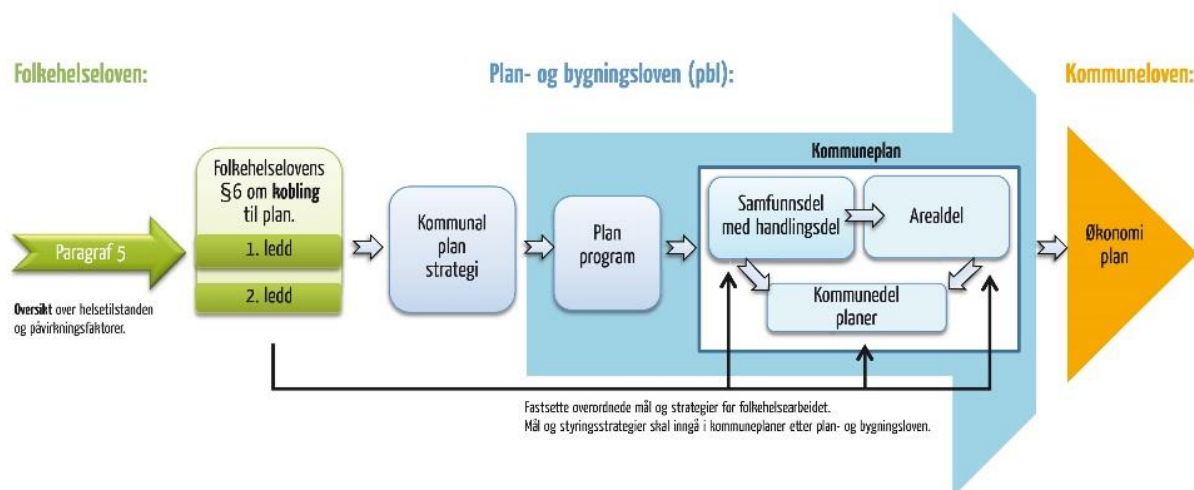
Parallelt med den økte oppmerksomheten om planlegging i folkehelsepolitikken, fikk folkehelse tilsvarende oppmerksomhet i planleggingspolitikken. I revisjonen av plan- og bygningsloven i 2008 framheves folkehelse, dvs. befolkningens helse og helsens fordeling i en befolkning, som et formål for planleggingen. Nærmere bestemt skal planleggingen «fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller, samt bidra til å forebygge kriminalitet» (Plan- og bygningsloven 2008, § 3-1 f). Folkehelse skal altså inngå som et hensyn i planleggingen, noe som understrekes i de nasjonale forventningene til regional og kommunal planlegging som kom i 2011 (Miljøverndepartementet 2011). Regjeringen forventer her at kommuner og fylkeskommuner har oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer på helse, at de gjennom planleggingen styrker faktorer som bidrar positivt til folkehelsen og svekker forhold som kan ha negative virkninger for helsen, utjevner sosiale helseforskjeller, fremmer psykisk helse og fysisk aktivitet, tar hensyn til barn og unges oppvekstmiljø samt samiske livsvilkår, bidrar til universell utforming og at nye miljø- og helseulemper forebygges. Folkehelse vektlegges også i de reviderte nasjonale forventningene som kom i 2015 (Kommunal- og moderniseringsdepartementet 2015). Her uttrykker regjeringen en forventning om at:

- i) «Kommunene sikrer trygge og helsefremmende bo- og oppvekstmiljøer, frie for skadelig støy og luftforurensning»
- ii) Kommunene tar vare på naturverdiene og legger til rette for fysisk aktivitet og trivsel for hele befolkningen ved å sikre sammenhengende grønne strukturer, åpne vannveier og nær tilgang til områder for lek, idrett, rekreasjon og nærfriluftsliv.

Samhandlingsreformen er et tredje inntak til å forstå betydningen av å styrke plankompetansen hos kommuner, fylkeskommuner, fylkesmenn og helseforetak, slik Helomplan har ambisjoner om. Samhandlingsreformen ble drevet fram av en forståelse av at helsetjenesten slik den var organisert ikke var i stand til å møte pasienters og samfunnets behov. Grunnleggende utfordringer er behovet for koordinering og oppgavefordeling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, begrense og forebygge sykdom og demografiske utfordringer – den kommende

eldrebølgen (St. meld 47 2008-2009). Viktige tiltak er et forpliktende avtalesystem mellom kommuner/samarbeidende kommuner og helseforetak (Prop 91 L 2010-2011), økonomiske insentiver rettet mot kommunene slik at mer av helsetilbudet ivaretas på kommunalt nivå, og bedret koordinering av prioriteringsbeslutninger i helse- og omsorgstjenestene gjennom økt vekt på planlegging, både nasjonalt og lokalt (St. meld 47 2008-2009, Meld St. 16 2010-2011). I folkehelseoven, som er en av to lover som har kommet i kjølvannet av samhandlingsreformen, tydeliggjøres det forebyggende og helsefremmende helsearbeidet. Her omtales *det systematiske folkehelsearbeidet*, som består i å etablere en kobling mellom 1) oversiktsarbeidet, dvs. kunnskapsoversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, 2) prioriteringer i regional og kommunal planstrategi, 3) mål i kommunale planer, 4) tiltaksutvikling og 5) evaluering i form av internkontroll (Prop. 90 L 2010-2011). Gjennom koblingen til planlegging kan oversikten over helsetilstand og påvirkningsfaktorer også brukes inn mot det som er sentrale målsetninger i Lov om helse- og omsorgstjenester, og hjelpe kommunene til å ivareta sitt «sørge-for-ansvar» i henhold til ansvaret de får for å yte slike tjenester til befolkningen etter 1. januar 2012. Figur 1 oppsummerer hvordan folkehelseoven og plan- og bygningsloven er koblet sammen.

Figur 2.1 *Folkehelse og planlegging: Forholdet mellom folkehelseloven, plan- og bygningsloven og kommuneloven (hentet fra kommunetorget.no)*



Det er altså to ulike former for planlegging. Helomplan skal bidra til å styrke for det første helseforetakene/spesialisthelsetjenesten og kommunenes felles planlegging som følge av Lov om helse- og omsorgstjenesters krav om dette. For det andre planlegging med sikte på å koordinere henholdsvis fylkeskommunal og kommunal virksomhet regulert i folkehelseloven og plan- og bygningsloven. Hensikten er å gjøre folkehelse til et sektorovergripende hensyn for kommunens virksomhet. Dette innebærer at helsehensyn bør få en plass i samfunnsplanleggingen regulert av plan- og bygningsloven og kommuneloven (økonomiplanen). Økt vekt på planlegging både innenfor helsesektoren og på tvers av sektorer er

med andre ord et tydelige politisk signal. Helomplan skal fungere som en understøtting av disse ambisjonene.

Når en skal evaluere et gitt fenomen, er det ikke uten betydning hvilke egenskaper fenomenet har. I det følgende vil vi definere nærmere helse- og omsorgs-, folkehelse- og planleggingsfeltet med sikte på å kunne formulere noen teoretiske forventninger som vi kan anvende i analysen av dataene som inngår i evalueringen.

2.2 Helse- og omsorgsfeltet

I følge Indset mfl. (2012, s.158)² er endringene i norsk helseforvaltning de siste 25 årene særlig kjennetegnet ved statliggjøring, individualisering og økt kommunalt ansvar: staten har overtatt «et sørge for ansvar» for tilbud av spesialisthelsetjenester (desentralisert til regionale foretak); tjenestene har blitt individualisert gjennom bl.a. pasientrettighetsloven av 1999 og dens prinsipp om pasientenes rett til medvirkning og informasjon, og vekt på pasientenes integritet og interesser; og kommunene har fått større ansvar med en kontinuerlig opptrapping av det kommunale tilbudet innen primærhelsetjenesten (fastlege, forebygging og omsorg).

Forholdet mellom stat og kommune er ifølge Indset mfl. (Ibid., s.179) preget av både hierarki og av partnerskap; Mens staten styrer kommunenes helse- og omsorgstjenester gjennom normative, økonomiske og pedagogiske virkemidler, har kommunene et stort lokalpolitisk handlingsrom i organisering og utøvelse av tjenestene.

Helse- og omsorgsområdet har gjennomgått store omorganiseringer, særlig med samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 2008-2009) og dens vektlegging av helhetlige, universelle og koordinerte tjenester, forebygging, og ansvarsoverføring til kommunene. Kommunene ble forstått som best å kunne sørge for helhetlig tenkning med «forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå» (s.15). Forut for helse- og

² Indset, M., Klausen, J.E. Møller, G. Smith, E. & H. Zeiner 2012. Likeverdighet mellom stat og kommunesektor. Samarbeidsrapport NIBR/Telemarksforsking.

omsorgstjenesteloven blir det også påpekt at den lokale kunnskapen skal sikre effektiv tjenesteytelse og lokal handlingsfrihet (Prop.91 L (2010-11)). Loven skal bidra til å sikre bedre intrakommunal samhandling og bedre samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helse- og omsorgstjeneste. I tillegg ligger det en forventning i reformen om bedre interkommunalt samarbeid (Indset mfl. 2012., s.160-161).

Regionale helseforetak ble opprettet i tråd med helseforetaksloven av 2001 etter at staten overtok ansvaret for spesialisthelsetjenesten fra fylkeskommunene i 2002. Loven viser til at regionale helseforetak skal planlegge og organisere spesialisthelsetjenesten og legge til rette for forskning og undervisning og organisere sine sykehus og andre helseinstitusjoner som helseforetak. I spesialisthelsetjenesteloven (LOV-2015-12-18-121) vises det til at staten har det overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste. Regionale helseforetak skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon, herunder sykehustjenester; medisinske laboratorie- og radiologiske tjenester; akuttmedisinsk beredskap; medisinsk nødmeldetjeneste, og ambulansetjenester; tverrfaglig spesialisert behandling for rusmiddelavhengighet; og transport av pasienter og personale. Mens spesialisthelsetjenesten er ansvaret til de regionale helseforetakene, defineres kommunens ansvar innunder helse- og omsorgstjenesteloven.

Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV-2011-06-24-30), §3-1, definerer kommunens overordnede ansvar for å være å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Dette gjelder alle pasient- og brukergrupper, herunder personer med somatisk eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer eller nedsatt funksjonsevne. Kommunen har videre også en plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Kommunens helse- og omsorgstjeneste omfatter offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune.

For å møte dette ansvaret skal kommunen i henhold til § 3-2 blant annet tilby (1) Helsefremmende og forebyggende tjenester; (2)

Svangerskaps- og barselomsorgstjenester; (3) Hjelp ved ulykker og andre akutte situasjoner; (4) Utredning, diagnostisering og behandling, herunder fastlegeordning; (5) Sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering; (6) Andre helse- og omsorgstjenester (herunder bl.a. helsetjenester i hjemmet og avlastningstiltak).

Ansvarsoverføringen til kommunene følger imidlertid en historisk utvikling innen det norske helse- og omsorgsfeltet. Den kommunale *omsorgssektoren* har gjennomgått store endringer de siste tiårene, særlig ved å få flere ansvarsområder (gjennom reformene som ga dem ansvar for sykehjem (1988), helsevern for psykisk utviklingshemmede (1991) og opptrappingsplan for psykisk helse 1999-2008) (Hanssen og Helgesen 2012, s.18). Dette innebærer at den kommunale omsorgstjenesten har økt betraktelig i både utgifter og årsverk, at brukerne av tjenestene har blitt svært mangfoldige, mens det også har foregått en avinstitusjonalisering i denne kommunale sektoren (Ibid.).

I løpet av 2000-tallet økte bruken av juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler i omsorgssektoren. Dette gjelder spesielt tilfanget av lover som gir individuelle rettskrav, skjerpede krav til saksbehandling og prosess, og økte krav til styringskompetanse (Indset mfl 2012). Pasient- og brukerrettighetsloven er viktig i reguleringen av den kommunale omsorgssektoren, men mest sentral er Helse- og omsorgstjenesteloven (LOV- 2011-06-24-30) (Hanssen og Helgesen 2012). I følge den sistnevnte loven skal kommunene tilrettelegge for samhandling og samarbeide med andre tjenesteytere for å sikre nødvendige og helhetlige tjenester og gode pasientforløp. Loven forplikter imidlertid kommuner og helseforetak å inngå samarbeidsavtaler, og den stiller minstekrav til avtalenes innhold (§6-1 og 6-2).

Slik Helgesen mfl. (2014, s.29) skriver, flyttes fokuset bakover i helseårsakskjeden, samtidig med «et skifte fra helsesektorens kurative virksomhet til andre samfunnsaktørers bidrag til helse og helsens fordeling i befolkningen». Denne innretningen henger sammen med utviklingen av folkehelsefeltet og reflekteres i forskjellene mellom disse to lovene; der Helse- og omsorgstjenesteloven retter seg mot aktiviteter som foregår i helse- og omsorgssektoren, har folkehelseloven et bredere perspektiv ved å rette seg helhetlig mot kommunen.

2.3 Folkehelsefeltet

De siste 10-15 årene har det, som synliggjort over, skjedd en institusjonalisering og vitalisering av folkehelsefeltet i Norge. Folkehelse som felt har blitt tydeligere definert i tråd med Verdens Helseorganisasjon (WHO) sitt brede begrep om helsefremming (WHO 1986) i diverse folkehelsemeldinger (St meld 16 2002-2003, St meld 20 2006-2007, Meld St 14 2012-2013, Meld St 19 2014-2015). Folkehelsepolitikken er videre støttet opp av folkehelseloven som kom i 2012. Her defineres folkehelse og folkehelsearbeid på følgende måte:

- *Folkehelse*: befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning
- *Folkehelsearbeid*: samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Folkehelseloven §3).

Disse definisjonene løfter fram to viktige aspekter ved dagens folkehelsepolitikk. For det første at den er befolkningsrettet. Den retter seg ikke mot individer, men mot hele befolkningen eller grupper av befolkningen. For det andre at den er samfunnsrettet. Folkehelse er et ansvar for alle samfunnsaktiviteter som befatter seg med faktorer som hemmer eller fremmer helse. Til grunn for folkehelseloven ligger altså et såkalt «påvirkningsperspektiv» som understreker betydningen av tiltak i alle sektorer for å skape gode oppvekst- og levekår, og utvikle et samfunn som legger til rette for sunne levevaner samt fremmer fellesskap, trygghet og deltakelse (Prop 90L 2010-2011). Med folkehelseloven flyttes med andre ord ansvaret for folkehelse fra helsesektoren til samfunnet som helhet. I en lokal og regional kontekst betyr det at folkehelse skal ivaretas som et generelt hensyn som det ligger til administrativ og politisk ledelse i kommuner og fylkeskommuner å påse at følges opp i relevante administrative virksomheter og enheter. Målet er å skape «helse i alt vi gjør» - en tverrsektoriell innsats for å fremme positive påvirkningsfaktorer og hemme negative påvirkningsfaktorer.

Folkehelsearbeid kan karakteriseres som et såkalt «wicked» eller gjenstridig problem (Rittel og Webber 1973). Slike problemer er karakterisert ved at de er 1) vanskelige å *definere* – hva er folkehelse egentlig, i praksis? 2) vanskelige å *lokalisere* – hvor er kilden til folkehelseproblemene? 3) vanskelige å *implementere*– hvem skal aktiviseres, og *hvordan*? 4) problemene er *kontinuerlige*– når er man i mål? For snarere enn å nå et endelig mål, vil det ene målet avløse det andre kontinuerlig. Folkehelse slik det er definert i dagens politikk handler mer om langsiktig samfunnsutvikling enn konkrete, målbare målsettinger. 5) problemene har *ingen* objektivt riktig *løsning* – det er ingen profesjon eller faglig ekspertise som alene sitter med nøkkelen til å løse folkehelseutfordringene, snarere er det slik at også lekmannskunnskap og –erfaringer er viktige bidrag til å fremme helse (Hofstad 2013).

Folkehelseproblemene fordrer derfor en offentlig styring som bidrar til koordinering på tvers av sektorer, som engasjerer bredt – også aktører i privat sektor og sivilsamfunnsaktører. Og det er akkurat her planleggingens aktualitet som styringsverktøy i folkehelsearbeidet ligger.

2.4 Planleggingsfeltet

Planlegging kan i utgangspunktet være all form for «forberedelse til handling» hvor målet er å styre utviklingen i en ønsket retning, for å unngå utilsiktede og uheldige resultater (Kleven 2010:18). Likevel har planlegging etter plan- og bygningsloven en spesiell status i fylkeskommuner og kommuner gjennom å være en formalisert og regulert aktivitet hvor forventninger til bruk av verktøyene (plantypene og utredningene) og gjennomføring av aktiviteten (planprosessen, medvirkning) beskrives. Hovedfokus vil derfor legges på denne formen for planlegging. Et interessant spørsmål her er hvorfor planlegging har blitt aktivisert som et viktig verktøy for å fremme helse, slik vi har vist tidligere i dette kapitlet. Vi vil argumentere for at følgende elementer er viktige for å forstå planleggingens attraktivitet (basert på Hofstad 2013):

- Planlegging som arena for horisontal og vertikal koordinering
- Planlegging som arena for interaksjon og forhandlinger
- Planlegging som arena for medvirkning

- Planlegging som forankret i det representative demokratiet
- Planlegging som et lokalt virkemiddel
- Planleggingen som virkemiddel for iverksetting

Disse «godene» er sentrale for å forstå hvorfor fagfolk involvert i folkehelsearbeid og helse- og omsorgsarbeid ønsker å få større innsikt i og innflytelse på planleggingen. Planlegging gir innpass til en arena hvor målsettinger og prioriteringer forhandles og som får innflytelse over aktiviteten til kommunens og fylkeskommunens ulike virksomheter og enheter. I tillegg virker planleggingen ut over den offentlige aktiviteten ved at den også skal engasjere sivilsamfunnet og private interesser. Målet er videre at planene etter plan- og bygningsloven skal følges av handling. Dette er formaliserte planformer. Arealplanen er sågar juridisk bindende. Viktigst blant punktene nevnt over er imidlertid at planleggingen etter plan- og bygningsloven har en tydelig forankring i det representative demokratiet ved at kommune-/fylkesting i hver valgperiode skal utforme en planstrategi hvor kommunens/regionens utfordringer diskuteres og planbehov bestemmes. I denne diskusjonen tas eksisterende planer opp til vurdering. Denne behandlingen sikrer at en gitt plan aktualiseres hvert fjerde år. Andre planer utenfor plan- og bygningsloven er ikke på samme måte del av en slik fireårig syklus.

Fra tidligere forskning vet vi at det særlig er kommuneplanens samfunnsdel hvor folkehelse har blitt integrert som målsetting for planleggingen (Helgesen og Hofstad 2012, Schou et al 2014, Schou og Hofstad 2015). I tillegg har folkehelseloven et uttalt fokus på planstrategien som en viktig forankring for kommunenes oversiktsdokument. Også ulike former for kommunedelplaner, som langsiktig plan for helse og omsorg eller folkehelse, er aktuelle redskap for å fremme helse og folkehelse i planleggingen.

2.5 Kjerneutfordringer

I Hofstad (2014) identifiseres tre kjerneutfordringer for lokalt folkehelsearbeid; *oversettelses-, samfunnsutviklings- og samstyrings/innovasjonsutfordringen*. Disse er relevante å trekke inn i evalueringen av Helomplan. I diskusjonen av evalueringens resultater vil vi være opptatt av hvorvidt Helomplan har skapt

ringvirkninger i form av å styrke kommunenes og fylkeskommunenes evne til oversettelse, samfunnsutvikling og samstyring/innovasjon. Under presenteres de tre utfordringene nærmere.

2.5.1 Oversettelsesutfordringen

En viktig bestanddel i både folkehelse-, helse- og omsorgs- og planleggingsarbeid er å oversette ulike styringssignaler og tilpasse dem til en lokal kontekst. Oversettelsesprosessen består i å skape en forståelse for hva styringssignalene betyr – hvilke verdier de er tuftet på og hva de innebærer, samt å identifisere hvilke av disse styringssignalene som er relevante i den gitte lokale konteksten de skal oversettes til. Oversettelsesutfordringen handler altså om å gjøre arbeidet med nasjonale mål og ambisjoner mer håndterbare gjennom å legge grunnlag for utvikling av nye måter å forstå og organisere aktiviteten på. Spørsmålet for evalueringen er om Helomplan har bidratt til at denne oversettelsesprosessen har blitt enklere fordi en eller flere i virksomheten har økt sin kunnskap om sentrale mål og ambisjoner, samt om hvordan man kan gå fram for å iverksette dem. Særlig er det fokus på hvordan planlegging kan brukes som et verktøy for å nå mål på folkehelse- og helse- og omsorgsfeltet. I analysen av dataene som evalueringen bygger på er vi opptatt av å identifisere hvilke faktorer som stimulerer eller begrenser muligheten for at Helomplan kan styrke deltakernes oversettelseskompetanse.

Både planleggingen og folkehelse-/helse- og omsorgsarbeidet mobiliserer mange aktører lokalt og regionalt. Ikke bare hele den offentlige forvaltningen, men også private, sivilsamfunnsaktører og individer er potensielle iverksettere idet ingen enkeltaktør kan håndtere denne typen problemer alene (Kooiman 1993, van Bueren et al 2003). Disse aktørene vil ha *sin* forståelse av sentrale problemstillinger, dermed kan oversettelsen bestå av flere ulike ideer og meninger som *kan* stå i motsetning til hverandre. Oversettelsen vil på samme tid være avhengig av både trekk ved organisasjonen og ved de individene som er satt til å introdusere de gjeldende ideene. På tvers av de relevante samfunnsaktørene vil både mottakelighet for nye ideer, organisasjonsformer, kompetanse, kapasitet og helseutfordringer variere. Samtidig vil «oversetternes» framgangsmåte kunne variere i tråd med deres ulike erfaring og kompetanse, posisjon i organisasjonen, osv.

Oversettelsesperspektivet innebærer med andre ord en kontekstualisering av de prosessene som foregår når nye ideer introduseres i ulike former for organisasjoner. Dette åpner for at de opprinnelige målsettingene kontekstualiseres når de tas i bruk i en lokal virkelighet, dermed kan ulike kontekster oversette ulikt. Men samtidig som dette kan skape varierte lokale uttrykk, kan det også forekomme likheter på tvers av ulike kontekster i form av sammenfallende forståelser og strukturer (Røvik 2007:306). Oversettelse er med andre ord både *translasjon* og *transformasjon* (Røvik 2007:56).

2.5.2 Samfunnsutviklingsutfordringen

Både folkehelse- og planarbeid er en form for samfunnsutvikling. Planlegging har bærekraftig utvikling som sitt formål og har klare likhetstrekk med folkehelsemålsettinger (Hofstad 2013). De er begge tuftet på en langsiktig visjon om «det gode liv» og «det gode samfunn», hvor et føre-var prinsipp skal være styrende for de valgene en gjør. Med andre ord er det her snakk om langsiktig utviklingsarbeid. Også innenfor helse- og omsorgsarbeid har en et element av langsiktighet gjennom det økte fokuset på forebygging i dagens politikk (St meld 47 2008-2009, St.meld 34 2012-13).

Slikt langsiktig utviklingsarbeid vil i mange tilfeller støte an mot kjerneaktiviteten til virksomheten. Ikke minst gjelder dette i kommunene hvor hensynet til lovpålagte oppgaver, drift og akutte utfordringer i tjenesteutøvelsen krever mye ressurser og oppmerksomhet. Ofte vil slike kortsiktige hensyn trumfe de langsiktige og trekke tid og oppmerksomhet bort fra samfunnsutviklingsoppgavene (Hofstad 2014, Bagge 2016).

Dagens politikk legger opp til at man skal legge an et strategisk, langsiktig perspektiv. *Lokal og regional planlegging* skal trekke opp langsiktige utviklingsmuligheter, diskutere strategiske valg knyttet til samfunnsutvikling, samt ta stilling til langsiktige utfordringer, mål og strategier (PBL 2008). I kjernen av dagens *folkehelsepolitikk* ligger et påvirkningsperspektiv hvor oppmerksomheten rettes mot de bakenforliggende sosiale og økonomiske faktorene som påvirker helsen og fordelingen av helse i en befolkning (Prop 90 L 2010-2011). Å arbeide med slike påvirkningsfaktorer krever et langsiktig samfunnsutviklingsperspektiv, hvor flere sektorer og samfunnsaktiviteter må dra i samme retning. Gevinsten i form av

bedre helse vil vise seg først etter lang tid. I dagens politikk på *helse- og omsorgsfeltet* er man opptatt av å skape en langsiktig omstilling i helse- og omsorgstjenestene, hvor økt fokus på forebygging inngår som et viktig element (Prop 91L 2010-2011). I tillegg skal man også her, som i planleggings- og folkehelsearbeidet, bidra til å redusere sosiale helseforskjeller. Arbeidet for å redusere sosiale helseforskjeller krever langsiktig og målrettet innsats i de fleste sektorer, også innenfor helsetjenestene.

Samfunnsutviklingsutfordringen består dermed i å la det langsiktig fornuftige ligge til grunn for strategier og målsettinger, samt å evne og holde seg til disse strategiene over tid. Denne utfordringen retter seg særlig mot politikerne og administrativ ledelse i kommuner og fylkeskommuner. Mens politikere vedtar strategier og planer, arbeides de fram og iverksettes av administrasjonen. Utfordringene knyttet til å la langsiktige hensyn vinne fram har derfor både et politisk og administrativt element. Politisk handler det om politikernes bevissthet og interesse for politikerrollens strategiske ansvar. Administrativt handler det om ledelsens evne og vilje til å gi tydelige signaler om at organisasjonen skal prioritere det strategiske arbeidet (Hofstad 2016).

I en kommunal og fylkeskommunal kontekst er planlegging etter plan- og bygningsloven et sentralt redskap for å drive samfunnsutvikling. Særlig gjelder det utvikling av regional og lokal planstrategi, men også kommuneplanens samfunnsdel og andre strategiske planer på regionalt og lokalt nivå. At folkehelse- og helse- og omsorgsfolk skal settes i stand til å vinne innpass på planleggingsarenaer og å vinne fram med sine mål på planleggingsagendaen er et viktig mål for Helomplan. Likeledes er målet at planleggere som deltar på utdanningen skal få større innsikt i folkehelse og helse- og omsorgsfeltet slik at de er bedre i stand til å ivareta disse målene i planleggingen enn de var før utdanningen.

I evalueringen vil vi undersøke hvorvidt Helomplan har hatt betydning for fokus på samfunnsutvikling på følgende måte: For det første hvorvidt folkehelse- og helse- og omsorgsfolk har vunnet innpass på planleggingsarenaen, for det andre om folkehelse og helse og omsorg har fått gjennomslag som hensyn i planer.

2.5.3 Samstyrings- og innovasjonsutfordringen

En kjerneutfordring i folkehelsearbeidet er å etablere folkehelse på tvers av den kommunale organisasjonen – og å trekke inn aktører også utenfor det offentlige apparatet (Hofstad 2014). Denne formen for samstyring utfordrer vante organisasjonsmønstre og tradisjonelle måter å drive problemløsning på. Folkehelsearbeid i tråd med folkehelseloven representerer derfor en form for offentlig innovasjon - i tankemønstre, i organisering og i ønskede politiske resultater. Helse og omsorgsarbeid er også avhengig av interaksjon med andre sektorer for å nå sine mål. Særlig er de avhengige av forebyggingsinnsats i andre sektorer – ikke minst i tjenester knyttet til barn og unge – for å lykkes med målet om en friskere befolkning. I tillegg er helse og omsorg avhengig av at det legges langsiktige strategier som tar opp i seg framtidige helse- og omsorgsbehov og at det gjøres langsiktige investeringer som bygger opp under disse. Både for folkehelsearbeidet og helse- og omsorgsarbeidet er med andre ord planlegging viktig. Mål og prioriteringer som er førende for disposisjoner i de ulike sektorene defineres i planer. Planlegging er således et viktig redskap for samstyring.

I evalueringen vil vi synliggjøre Helomplans effekt på samstyring og innovasjon på følgende måte: For det første er vi opptatt av hvorvidt folkehelse-/helsefolk har økt samarbeid med planleggere. For det andre vil vi undersøke hvorvidt det tverrsektorielle arbeidet i form av etablering av arenaer og nettverk på tvers av ulike enheter og virksomheter har økt. Disse vil i sin tur gi innsikt i om nyskaping har funnet sted i organisasjonene som har hatt deltakere på Helomplan.

Disse tre teoretiske inntakene – oversettelse, samfunnsutvikling og samstyring/innovasjon – vil ramme inn den avsluttende analysen og diskusjonen av evalueringens forskningsresultater. Før det vil selve resultatene presenteres. Neste kapittel vil omhandle utviklingen i deltakernes vurdering av kunnskapsgrunnlaget de tilegner seg i Helomplan og praktiserer i kommunen. Deretter vil de påfølgende kapitlene omhandle helse og planlegging, tverrsektorielt samarbeid og samhandling mellom kommuner og helseforetak.

3 Kunnskapsgrunnlaget – om bruk av statistikk og informasjon

I dette kapitlet vil vi presentere funn fra intervju- og spørreundersøkelsen som omhandler kunnskapsgrunnlaget og bruk av statistikk og informasjon. Vi berører her spørsmålet om i hvilken grad tilgjengelige data og kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer brukes som grunnlag for planleggingsaktiviteten.

Fra vår første evaluering (Hofstad og Helgesen 2013, avsnitt 3.4) kom det frem at mindre enn en fjerdedel av studentene fra kommuner rapporterte at de brukte kunnskap om helsetilstand som grunnlag for kommuneplanlegging. Hvordan man skulle finne frem til og bruke statistikk og annen informasjon var et uttrykt behov forut for kursdeltakelsen. I stor grad opplevde deltakerne også at de hadde behov for kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer. Hvorvidt dette behovet har endret seg skal vi komme inn på i dette kapitlet.

Vi skal diskutere hvilke kilder som blir brukt i det daglige virke, slik vi har diskutert i de to foregående rapportene. Deretter skal vi se på status for oversiktsdokumentet, og hva kurset har betydd for statistikk-kompetansen til deltakerne.³

³ Vi spurte deltakerne om hva som eventuelt kunne vært lagt til i Helomplan når det gjelder statistikk og datainnsamling, og til nærmeste sjef om det er former for statistikk- og datakunnskap som savnes. Til planlegger i kommunen/fylkeskommunen var spørsmålet om informanten kjenner til om kommunen har utarbeidet et oversiktsdokument, og hvis ja, om oversiktsdokumentet har blitt brukt inn i utarbeidelsen av planstrategi, kommuneplan, eller i andre planer.

3.1.1 Bruk av kilder

Deltakerne på kurset har i spørreundersøkelser blitt spurt om hvilke kilder de benytter i sitt daglige virke. Nærmere bestemt om de benytter informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester, informasjon fra fylkeskommunen, offentlig statistikk (folkehelseinstituttet, Norgeshelsa, IPLOS, osv.) og/eller informasjon fra forskningsmiljøer.

Som tabell 3.1 viser er det små forskjeller i hvilke kunnskapskilder som er viktigst. For deltakerne fra kommunene er informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester fortsatt viktigste kunnskapskilde, etterfulgt av offentlig statistikk.

Tabell 3.1 *I hvilken grad bruker du følgende kilder i ditt daglige virke? (Resultater for i stor grad, flere kryss mulig)*

	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
Info fra komm. helse- og omsorgstjenester	65 %	60 %	-5
Offentlig statistikk (FHI, IPLOS, etc.)	45 %	47 %	2
Info fra fylkeskommunen	28 %	27 %	-1
Info fra forskningsmiljøer	20 %	22 %	2
Annet	17 %	16 %	-1
N	169/170	112/113	

Tabellen viser videre at det mellom 2012/13 og 2015 ikke er store variasjoner i hvor stor grad samfunnsaktørene bruker ulike former for kilder i sitte daglige virke. Den største nedgangen finner vi i bruk av informasjon fra kommunale helse- og omsorgstjenester, men forskjellen er ikke stor. Over halvparten av aktørene bruker

denne typen kilder, til stor forskjell fra forsknings- og fylkeskommunale kilder, hvor under en tredel bruker fylkeskommunale kilder i stor grad, mens en femtedel bruker forskningsmateriale i stor grad. Dette er så å si uforandret.

3.1.2 Helse som kunnskapsgrunnlag for planlegging

Som det fremgår av Tabell 3.2 nedenfor har andelene som opplever et stort behov for mer kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i kommunen gått betraktelig ned mellom 2012/13 og 2015. Samtidig opplever flere at de har middels stort behov for mer kunnskap. Dette kan bety at kurset og eventuelle andre viderekomne prosesser i kommunene har bidratt til å dekke det mest prekære kunnskapsbehovet. Det er også noen flere som kun i liten grad opplever å ha behov for mer kunnskap, fra to til ni prosent i denne perioden.

Tabell 3.2 *I hvilken grad har du behov for mer kunnskap om helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen?*

Grad	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
I stor grad	74 %	42 %	-32
I middels grad	23 %	48 %	25
I liten grad	2 %	9 %	7
Ikke i det hele tatt	0 %	2 %	2
Totalt	100 % (N=172)	100 % (N=113)	

Resultatet som vises i tabell 3.2 er den tydeligste endringen fra 2012/2013 til 2015 i materialet totalt. Nedgangen på 32 prosentpoeng blant de som har stort behov for mer kunnskap om helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen understreker den viktige plassen oversiktsarbeidet har

hatt i kommunenes folkehelsearbeid de siste årene. Resultatene peker også mot at respondentene i undersøkelsen har vært involvert i oversiktsarbeidet. Imidlertid er det liten grunn til å tro at den sterke nedgangen i andelen respondenter som har stort behov for slik kunnskap skyldes Helomplan. Både regionale og nasjonale myndigheter har hatt sterkt fokus på dette arbeidet.

3.1.3 Utarbeidelse av oversiktsdokument

I 2012/2013 var det kun en tredjedel av deltakerne på Helomplan som rapporterte at deres kommune hadde utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer for helsen slik tabell 3.3 viser (se også Hofstad og Helgesen 2013, 2014).

I 2015 svarer imidlertid 72 prosent av kursdeltakerne bekreftende på dette spørsmålet. Andelen som ikke vet om kommunen har utført dette arbeidet har også gått ned fra 15 til fem prosent.⁴

Tabell 3.3 *Har det blitt utarbeidet en oversikt i din kommune?*

Utarbeidet oversikt?	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
Ja	32 %	72 %	40
Nei	53 %	23 %	-30
Vet ikke	15 %	5 %	-10
Totalt	100 % (N=176)	100 % (N=113)	

Dette resultatet understreker igjen at oversiktsarbeidet har hatt stort fokus i kommunene de siste årene og bekrefter hvorfor behovet for kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer har gått ned i perioden.

I intervju med deltaker, nærmeste sjef og planlegger i 2015 spurte vi om kommunen/fylkeskommunen laget/holder på å lage et oversiktsdokument over helsetilstanden og positive og negative

⁴ Antall respondenter var 113 i 2015, mot 176 i 2012/13.

påvirkningsfaktorer, og om deltakeren og avdelingen/enheten har vært involvert i dette arbeidet. Blant kommunene og fylkeskommunene vi har intervjuet har alle kommet i gang med eller ferdigstilt arbeidet med oversiktsdokumentet.

Hvordan dokumentet brukes eller skal brukes er forskjellig. I en casekommune er det ikke bestemt om oversiktsdokumentet skal komme som et eget kunnskapsgrunnlag til kommuneplanen eller om det blir en egen kommunedelplan. I en annen kommune ble oversiktsdokumentet laget i forbindelse med en kommunedelplan, og vil i det videre også brukes til å spille inn hvilke faktorer som skal ha påvirkning på planarbeidet i kommende kommunestyreperiode. I en annen, liten, kommune omtales oversiktsarbeidet som utfordrende, men gjort på dugnad av en tverrsektoriell arbeidsgruppe som også skal omforme oversiktens fakta til en handlingsplan. I denne kommunen pekes det også på et godt samarbeid med politikerne om hvilke områder som skal prioriteres i det videre arbeidet.

I en fylkeskommune hvor oversiktsdokumentet er ferdigstilt har folkehelseavdelingen avgrenset innsatsen og valgt å gjøre datainnsamling innen et spesifikt innsatsområde. Avdelingen opplever at den må avgrense nøye og gå dypere inn i noen områder siden det er vanskelig å få oversikt. Det er mye litteratur og mange rapporter som er relevante, som avdelingslederen sier. I denne fylkeskommunen er Helomplan-deltakeren involvert i oversiktsarbeidet ved å bidra med data fra sitt arbeidsfelt. Hun har samtidig større prosjekter på egenhånd, bl.a. med å bygge opp en database på ett særskilt folkehelseområde. Denne fylkeskommunen har ferdigstilt oversiktsdokumentet som et grunnlagsdokument for regional planstrategi og som et koordinerende arbeid ovenfor kommunene.

Det fremgår av intervjumaterialet som rimelig tilfeldig om deltakeren på Helomplan-kurset har blitt involvert i arbeidet med oversiktsdokumentet, som vi her kan gi noen eksempler på. I en kommune der deltakeren ble involvert finner hun at kurset kan ha gitt noen perspektiver på hva man vil inkludere utover hovedområdene, og i gjennomgangen av hvilke faktorer som er viktige som kan koples til:

Ja. Vi får gått gjennom hvilke faktorer som har betydning. Det ligger jo der ferdig i

kommunestatistikken. En del andre ting kan koples til ... miljørettet helsevern, universell utforming, sykkelstier mv. Spørsmål om hvilke perspektiver man vil ta inn utover hovedområdene.

Svaret vitner om økt forståelse for hvilke faktorer og perspektiver på folkehelse som bør prioriteres, og at dette har blitt hensynstatt i arbeidet. En annen student har ikke blitt trukket inn i arbeidet slik hun kunne ha ønsket. Han/hun har ikke fått brukt kompetansen oppnådd på kurset inn i kommunens datainnsamling, men har kun diskutert dette med folkehelsekoordinatoren.

3.1.4 Kursets bidrag til statistikk-kompetanse

I intervjuene med deltakerne på Helomplan der vi har spurt om studentene ser de ville hatt behov for mer statistikk på kurset, svarer respondentene bekræftende på dette. En av studentene reflekterer over om den brede innretningen på kurset nødvendiggjorde den kortere introduksjonen til statistikk, selv om hun gjerne skulle hatt mer undervisning på dette temaet. En annen student opplever at kurset har bidratt til at hun er blitt mer kritisk til hvordan tallmateriale skal brukes riktig. En tredje student tilkjennegir også at bruken av datamaterialet, oversettingen, fortsatt står som en utfordring: hvordan de kan bruke dataene for å oppnå forståelse, hvordan finne frem til hva som er vesentlig og nyttig, hvordan navigere i jungelen av data.

En leder fra en fylkeskommune sier i et intervju (2015) at økt statistikk-kompetanse i avdelingen styrker analysearbeidet, men at det likevel ikke trenger å bidra til gode vurderinger av målprioriteringer:

Da er vi tilbake til lovens rasjonalitet: helseoversiktene, som bygger på registerdata, som er mangelfulle, ... så fører det til målforskyvning, på grunn av at det vi har tall på er attraktivt for politikere. Men det er ikke sikkert dette er det viktigste, og da begynner det å spore av ganske fort ... Men det ser pent ut på papiret. Ser rasjonelt og vitenskapelig ut på papiret. Men hverdagen er helt annerledes.

Som informanten er inne på er en fare med statistiske data at det kan gi et ensidig fokus på målbare faktorer heller enn på mindre målbare påvirkningsfaktorer som krever langsiktige tiltak. De viktigste funnene i dette kapitlet er imidlertid at bruken av generell statistikk og informasjon er tilnærmet uforandret blant deltakerne på Helomplan i løpet av evalueringsperioden, mens behovet for kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer og kommunenes utarbeidelse av oversiktsdokument har endret seg radikalt fra 2012/2013 til 2015. Resultatene viser at oversiktsarbeidet har skutt fart i perioden.

4 Helse i plan

Målet med dette kapittelet er todelt. For det første vil vi undersøke *status og endring over tid* når det gjelder omtale av helse-/folkehelsehensyn i ulike planer og integrering av kunnskap om helsetilstand/påvirkningsfaktorer som grunnlag for prioritering i ulike planer. Undersøkelsen av endringen over tid vil baseres på surveyene sendt til første- og andre-kulls deltakere i 2012/2013 og 2015. For det andre vil vi undersøke utfordringer for *tettere integrering* mellom (folke-)helse og plan. Her baseres presentasjonen på åpne svaralternativ i survey samt intervjudata. Til slutt vil vi presentere informantenes vurdering av Helomplans effekt på integrering av folkehelse/helse i planleggingen.

Kjennskap til status i kommunene for integrering av folkehelse/helse i planleggingen, utviklingen i denne integreringen over tid samt hvilke utfordringer en slik integrering skaper, er interessant informasjon for myndigheter og andre som utformer og har til hensikt å påvirke innholdet i folkehelsepolitikken. I tillegg er resultatene interessante for undervisningsinstitusjonene, fordi det sier noe om den virkeligheten som studentene opererer i, noe som er viktig i videreutviklingen av studietilbudet. Vurderingen av den isolerte effekten av Helomplan på integreringen av folkehelse/helse i planleggingen spiller mer direkte inn til evalueringen.

4.1 Helse i plan – status og endring over tid

4.1.1 Omtales folkehelse/helse i planer?

I surveyen blir informantene spurt om (folke-)helsehensyn omtales i ulike planer. I tabellen under presenteres resultatene.

Tabell 4.1 *Omtales folkehelse/ helse i følgende planer? (Mulig å sette flere kryss)*

	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
KP samfunnsdel	79 %	83 %	4
Planstrategi	76 %	80 %	4
Virksomhetsplaner	70 %	77 %	7
Kompetanseplaner	53 %	38 %	-15
Økonomiplan/handling sdel	56 %	56 %	0
KP arealdel	34 %	36 %	2
Omtales ikke	7 %	6 %	1
Totalt	N=172	N=112	

Tabellen viser at det er de strategiske, overordnede planene (kommuneplanens samfunnsdel og planstrategien) som er viktigste tilknytningspunkt for folkehelse- og helsehensyn i planleggingen. Vi ser videre av scoren for disse plantypene at det å omtale folkehelse og helse som et hensyn i planleggingen er vanlig i «Helomplan» - kommunene, og det har blitt vanligere over tid. 83 prosent av kommunene omtaler folkehelse/helsehensyn i *kommuneplanens samfunnsdel* i 2015, mens 80 prosent gjør det samme i planstrategien. I begge tilfeller er det en økning på 4 prosentpoeng fra 2012/2013. Hvis vi sammenlikner disse resultatene med en tidligere undersøkelse sendt til alle norske kommuner i 2014, finner vi at «Helomplan-kommunene» i større grad omtaler folkehelse-/helsehensyn i planleggingen enn kommunene i landet generelt (Schou mfl. 2014). I den nevnte undersøkelsen oppgir 69 prosent at de har integrert folkehelse i kommuneplanleggingen. Kommunene som har valgt å sende en eller flere av sine ansatte på Helomplan er med andre ord over gjennomsnittet interessert i å integrere helse i plan, og denne interessen har ikke avtatt over tid.

Når det gjelder *økonomiplanen*, hvor kommunens økonomiske disposisjoner presenteres, omtales folkehelse-/helsehensyn i over halvparten av kommunene, og dette er stabilt over tid.

Økonomiplanen er en av kommunens absolutt viktigste planer, den omfatter hele kommunens eller fylkeskommunens virksomhet og skal gi en realistisk oversikt over sannsynlige inntekter, forventede utgifter og prioriterte oppgaver i planperioden.⁵

Dermed er det grunn til å tro at når (folke)helsehensyn omtales i økonomiplanen, har det blitt satt av ressurser og gitt prioritet til dette området. Hvordan kan resultatet tolkes; at noe over halvparten av kommunene har omtalt Folkehelse-/helsehensyn og at det ikke har vært noen økning andelen kommuner over tid?

Helse er et stort og ressurskrevende område for kommunene, og noe alle kommuner bruker penger på. Men våre data viser altså at kun 56 prosent omtaler (folke)helsehensyn. Når respondentene har svart på spørsmålet er det derfor grunn til å tro at de har lagt vekt på folkehelsefeltet, og det er trolig også det mest interessante her.

Omtalen i økonomiplanen som respondentene har svart på bakgrunn av, vil sannsynligvis variere i omfang. I noen kommuner vil omtalen av folkehelse være en tydelig satsing, mens i andre kan det for eksempel være å bevilge penger til en 20 prosent-stilling som folkehelsekoordinator. Slike variasjoner vises imidlertid ikke i våre data.

Et annet interessant funn som vises i tabellen er koblingen mellom folkehelse-/helsehensyn og *virksomhetsplaner*. En slik kobling ble gjort i 70 prosent av kommunene i 2012/2013, og har økt til 77 prosent i 2015. Grunnen til at dette funnet er interessant er at en kobling til virksomhetsplaner er en nøkkel for å lykkes med tverrsektoriell integrering av folkehelse-/helsehensyn.

Virksomhetsplaner styrer hvilke mål og prioriteringer som skal gjøres i de ulike kommunale virksomhetene. Spørsmålet dette resultatet reiser er imidlertid hvor bredt folkehelse/helse er blitt integrert. Er det slik at folkehelse og helse nevnes kun i virksomhetsplanen til helse og omsorg? Eller ligger slike hensyn også inne i virksomhetsplanen til teknisk, oppvekst/utdanning, osv.? Det får vi ikke svar på gjennom disse resultatene. Men vi vil

⁵ Økonomiplanen skal ifølge kommuneloven gjelde for fire år, men revideres årlig.

komme inn på det under når vi diskuterer utfordringer for en tettere integrering av folkehelse/helse og planlegging.

Deltakerne på Helomplan har også blitt spurt om folkehelse-/helsehensyn omtales i *kompetanseplaner*. 53 prosent av kommunene omtalte folkehelse-/helsehensyn i 2012/2013, men dette var blitt redusert til 38 prosent i 2015. Altså en nedgang på 15 prosentpoeng. Hva kan dette skyldes? Ifølge en pågående evaluering av kompetanseløftet er slike kompetanseplaner i liten grad en aktiv plan i kommunene, og det er lite bevissthet om dem (Helgesen mfl. 2016). I tillegg er det slik at kompetanse ofte bakes inn i virksomhetsplanene, noe som gjør kompetanseplanene overflødige. Resultatet sier dermed ikke noe om kommunenes satsing på folkehelse/helse, snarere viser de den lave betydningen til kompetanseplanene.

Kommuneplanens arealdel skiller seg ut ved å bli krysset av sjeldnere enn de andre planformene, henholdsvis i 34 og 36 prosent av kommunene i 2012/2013 og 2015. Kommuneplanens arealdel skal ifølge plan- og bygningsloven vise sammenhengen mellom framtidig samfunnsutvikling og arealbruk.

Videre skal kommuneplanens arealdel angi hovedtrekkene i arealdisponeringen og rammer og betingelser for hvilke nye tiltak og ny arealbruk som kan settes i verk, samt hvilke viktige hensyn som må ivaretas ved disponeringen av arealene.

Resultatet i tabell 4.1 viser at 2/3 av kommunene ikke har kommet dit at de har eksplisitt fokus på folkehelse i sine arealplaner. Imidlertid kan det være slik at (folke)helserelevante bestemmelser og reguleringer likevel utformes, men uten at de eksplisitt knyttes til folkehelse/helse. Likevel synliggjør dette resultatet at flertallet av kommunene i vårt materiale ikke har gjennomført en bevisst konkretisering og operasjonalisering av folkehelse/helse til fysiske prioriteringer, bestemmelser og reguleringer.

4.1.2 Integrering av kunnskap om helsetilstand/påvirkningsfaktorer

Med folkehelseloven som trådte i kraft i 2012 ble kommuner og fylkeskommuner pålagt å lage en oversikt over helsetilstanden og de positive og negative påvirkningsfaktorene med betydning for helse. Helomplan startet med andre ord opp det året dette arbeidet

formelt ble lansert.⁶ I surveyen har deltakerne på Helomplan i 2012/2013 blitt spurt om de benytter kunnskap om helsetilstand/påvirkningsfaktorer som grunnlag for utforming av planer. I og med at vi gjentok spørreundersøkelsen i 2015 med de samme respondentene, har vi muligheten til å følge utviklingen de første tre årene etter Folkehelseloven trådte i kraft.

Tabell 4.2 *Kunnskap om helsetilstand/påvirkningsfaktorer som grunnlag for utforming av planer (viser resultatene fra i stor grad)*

Plantype	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
Planstrategi	19 %	24 %	5
KP samfunnsdel	23 %	27 %	4
KP arealdel	8 %	7 %	-1
Konsekvensutredninger	9 %	5 %	-4
Langsiktig planlegging helse og omsorg	36 %	38 %	2
Virksomhetsplaner	23 %	20 %	-3
Annet	6 %	8 %	2
Totalt	N=165/170	N=112/113	

Generelt ser vi av tabellen at fra 1/3 og 1/4 og nedover har integrert kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer i planleggingen. I tillegg er det små endringer i integrering av helseoversikten inn i planleggingen i løpet av perioden. Funnet er

⁶ Også i den tidligere kommunehelsetjenesteloven var dette et krav. Men få kommuner etterkom dette kravet. Med folkehelseloven har oversiktsarbeidet fått et mye større fokus hos myndighetene. Oppgaven er tydeliggjort og tilsyn utføres.

lite oppsiktsvekkende. Det er akkurat i denne perioden at oversiktsarbeidet har vært under utvikling (Helgesen og Hofstad 2012, Hofstad mfl. 2015, Schou mfl. 2014). Dermed er det først nå de fleste kommuner har et oversiktsdokument som de kan integrere i planleggingen. Svaret på om man har lyktes med ambisjonen om å legge folkehelse inn som et kunnskapsgrunnlag for planleggingen får vi dermed ikke svar på før kommunene har rullert sine planer i løpet av nåværende kommunestyreperiode.

Resultatene i tabell 4.2 viser imidlertid at noe flere kommuner har integrert oversiktsdokumentet i planleggingen (planstrategi, kommuneplanens samfunnsdel, langsiktig planlegging helse og omsorg) i 2015 sammenliknet med 2012/2013. Disse kommunene var dermed tidlig ute med oversiktsdokumentet og har rukket å integrere dette inn i planer som ennå ikke var utformet/revidert. Endringene er imidlertid såpass små at det er liten grunn til å ta dem til inntekt for Helomplan. Hovedbildet er at de fleste kommunene ennå ikke har rukket å integrere oversikten i planleggingen. Om de har evne og vilje til å prioritere slik integrering vil vise seg i løpet av de nærmeste årene. Under vil vi se nærmere på utfordringer knyttet til tettere integrering av folkehelse/helse i planleggingen.

4.2 Utfordringer for tettere integrering mellom (folke-)helse og plan

I dette delkapitlet vises de mest hyppige svarene på et åpent spørsmål i surveyen fra 2015, hvor deltakerne ble spurt om på hvilken måte det er utfordrende å få til en tettere integrering mellom helse-/folkehelsearbeidet og kommuneplanleggingen. Fire utfordringer går igjen i materialet.

For det første, og dette er den utfordringen som nevnes hyppigst, er deltakerne opptatt av at *organisatoriske barrierer* mellom de ulike sektorene i kommunen gjør integrering mellom folkehelse/helse og planlegging vanskelig. Følgende sitater illustrerer hvordan respondentene beskriver slike organisatoriske barrierer:

Det er for oppdelt og oppsplittet dette arbeidet i kommunen. Det er ikke strukturer som avkrever denne integreringen.

Utfordringene kan til dels omhandle organisering. I vår kommune er folkehelsekoordinator organisert i enhet for Plan og forvaltning. Folkehelsekoordinator deltar i kommunens planteam. Integreringen omhandler derfor tid til å venne seg til nye former for samhandling.

Disse sitatene påpeker at organisering er en utfordring. Imidlertid legges det i siste sitat til at «nye former for samhandling» krever utviklingsarbeid over tid hvor nye samhandlingsmønstre og forståelser skapes. Flere deltakere trekker fram lignende momenter, slik at utfordringsbildet som eksisterer både på strukturelt og individuelt nivå trer fram:

De ulike sektorer har sine egne mål som blir prioritert først, og det er de færreste kommunale planavdelinger som har helse/ folkehelse som en av sine øverste prioriterte områder. Det er mulig at det i enkelte avdelinger står skriftlig, men det oppleves ikke som forankret i den enkelte medarbeider.

Vi har nå en plankoordinator som har et sterkt eierskap til folkehelse og nødvendigheten av å integrere folkehelse i planstrategien. Det gir et løft i arbeid med kommende planstrategi. Det viser at man på individnivå må ha en kunnskap, forståelse og engasjement for å løfte dette temaet fram - slik at alle sektorer utfordres.

Strukturelle organisasjonsendringer må med andre ord ledsages av individuell kompetanseheving på tvers av sektorer – akkurat slik Helomplan skal bidra til. Slik kompetanseheving opplever deltakerne at hemmes av faglige barrierer:

Det er relativt ny lovgivning på folkehelseområdet og PBL som krever denne tette koblingen. For deler av organisasjonen er det helt naturlig å ta folkehelse inn i all planlegging, men for «gutta på teknisk» er det ennå et stykke igjen til en automatisert inkludering.

I likhet med organisasjonsendringer generelt krever slik «automatisering» tid og prioritet for å lykkes. Noe organisasjonsendringer også er avhengig av. Og her kommer vi inn

på den andre utfordringen som trer fram i datamaterialet:
Deltakerne løfter fram betydningen av *lederskap* når de blir spurt om utfordringer med å integrere folkehelse/helse og planlegging:

Etter mine vurderinger er årsakene knyttet til manglende og sprikende kompetanse og forståelse av hva det innebærer å sikre styring, at det mangler system/struktur på feltet og manglende samhandling mellom sektorer.

Flere respondenter beskriver elementer som er med på å svekke slik overordnet, konsistent styring:

Det handler mye om forankring i kommuneledelsen og manglende vilje til å planlegge morgendagen og å ta inn over seg hvilke utfordringer kommunen har og får

Vi er for opptatt av "brannslukking " og her og nå situasjonen.

Iverksetting av vedtatte strategier og tiltak oppleves til dels personavhengig og tilfeldig.

Disse sitatene løfter fram kortsiktighet og personavhengighet som viktige elementer. Begge oppleves som uttrykk for en mangel på langsiktig lederskap hvor strukturer for implementering og tverrsektoriell innsats sikres.

For det tredje er deltakerne opptatt av at det ikke settes av tilstrekkelige *ressurser* til å sikre integrering mellom folkehelse/helse og planlegging slik disse deltakerne svarer når de blir spurt om utfordringer for tettere integrering mellom folkehelse/helse og planlegging:

Stillingen som folkehelsekoordinator er liten, tid blir spist opp av andre oppgaver.

Tid og kapasitet i et stramt kommunebudsjett.

Når ressursene er knappe, er det lett å ha fokus på de oppgavene som brenner her og nå, mens langsiktige utviklingsoppgaver må vente. Flere respondenter løfter fram dette, slik som sitatet om «brannslukking» over viser. En grunn til at det ikke gjøres organisatoriske endringer, sikres at forståelse og kompetanse på

folkehelse/helse etableres på tvers av organisasjonen og settes av tilstrekkelige ressurser til dette arbeidet, er den siste utfordringen deltakerne er opptatt av. Og det er *folkehelsebegrepets bredde*. En av respondentene sier det slik:

Folkehelsefeltet har en utfordring i å bli tydeligere og mer konkret.

Påvirkningsfaktorene for helse finnes i de fleste sektorer og på alle politiske nivåer – fra den økonomiske politikken til lokal luftforurensning. Dermed er folkehelsebegrepet svært komplekst å forholde seg til. Samtidig er det vanskelig å identifisere klare årsakssammenhenger, nettopp på grunn av dette mangfoldet av påvirkningsfaktorer kombinert med at effekter av påvirkningene vises over lengre tid. Dermed er man henvist til å prøve og feile, og å bygge på erfaringsbasert kunnskap. For de involverte oppleves dette utfordrende og vanskelig:

Hvorfor skal en ta hensyn til et folkehelse tema når det på mange måter er vanskelig å måle effekt?

Det er vanskelig å få det konkret nok, og få frem ekte prioriteringer med dette som begrunnelse.

Nettopp fordi planlegging handler om å utrede ulike alternativer for utvikling og gjøre prioriteringer, blir det vanskelig å forholde seg til et fenomen som er så vidt lite konkret og målbart som folkehelse er. Imidlertid har det skjedd en utvikling – fra å se folkehelse som et fremmedelement (Kleven 2010), er det nå gjengs å integrere det som mål for folkehelse som vist over. Slik positiv framgang kommuniseres også av flere deltakere i surveyen:

Mange ser ikke folkehelsearbeid som sin primæroppgave, men det er betydelig bedre nå enn før.

Det er ikke utfordrende i vår kommune. Vi har god kontakt og samarbeider på tvers f.eks. å sitte sammen i tverrfaglige utvalg som handler om folkehelse.

Me er godt i gang.

I og med at vi stilte samme spørsmål om utfordringer for integrering folkehelse/helse og planlegging også i 2012 og 2013 med de samme deltakerne som fikk spørreskjemaet igjen i 2015,

har vi muligheten til å se på utviklingen over tid. Når svarene fra 2012 og 2013 sammenliknes med svarene fra 2015 tegner det seg noen interessante forskjeller. Særlig i 2012 er det tydelig, naturlig nok, at dette er et nytt felt for mange. Deltakerne opplevde at forståelsen av hva folkehelse er og innebærer er svak, og at det er en viktig utfordring for integrering i plan. Dette er i mindre grad tilstede i 2015. Videre viser ikke resultatene fra 2012 og 2013 samme grad av opplevelse av framgang og at dette er noe kommunen har etablert praksiser på.

Slike effekter er helt i tråd med det en ønsker at Helomplan skal bidra til: Økt kunnskap og forståelse, samt bygging av tverrsektorielt arbeid og nye planpraksiser. Imidlertid er Helomplan, som påpekt innledningsvis i rapporten, et av flere tiltak på dette området. Vi kan ikke ut fra disse resultatene slutte at den positive framgangen som kommuniseres her kan tilskrives Helomplan alene. Imidlertid har vi også data på hva informantene selv opplever som viktigste effekt av Helomplan. La oss se nærmere på dette.

4.3 Økt planinnflytelse som følge av Helomplan?

Informantene, og særlig de som ikke kunne så mye om planlegging fra før, er opptatt av at de har fått en større bevissthet og et vokabular som gjør at de i større grad har evne til å komme i inngrep med planleggingen. Det utvidede vokabularet handler ikke bare om å tilegne seg et planspråk, men også i større grad være tydelig på egen sektor sine utfordringer, prioriteringer og behov. Informantene beskriver det slik:

Vi skjønner formålet, tenke langsiktig, og hva som er viktig. Man stiller forberedt og kan bidra (nærmeste leder, kommune).

Kurset har vært vanvittig nyttig, alle tre som var med på kurset sa det. Det ga grunnlagskompetanse så man skjønner ting mye bedre (nærmeste leder, kommune).

Jeg har lært at vi må være tydelig på hva man trenger (deltaker, kommune).

I tillegg har de fått en bedre forståelse for betydningen av å planlegge:

Det er vanskelig å ha en fornuftig argumentasjon når man ikke har en tydelig retning, ikke har en plan som ligger under (deltaker, kommune).

Disse utsagnene underbygger resultatet presentert over, at det har skjedd en kunnskapsoppbygging og økt forståelse i løpet av perioden fra 2012 til 2015. For deltakerne har Helomplan vært med på å skape denne økte forståelsen og gitt dem muligheten til i større grad å delta i planleggingen. Dette var da også den sterkeste motivasjonen for å delta i Helomplan som kom frem i undersøkelsen fra 2014 (Hofstad og Helgesen 2014, s.12). Deltakerne opplever etter å ha gjennomført kurset at det er lettere å kunne hekte seg på prosesser og med legitimitet kunne stille krav:

Jeg har en «minne-på- funksjon» i rådmannens ledergruppe, minner om betydningen av plan (deltaker, kommune).

Jeg er et gnagsår og driver og pirker på det overordna planarbeidet(...)Denne gnagsår-rollen kommer av utdanningen (deltaker, kommune).

Basert på deltakernes opplevelse er det med andre ord grunn til å hevde at Helomplan har hatt en positiv effekt på plankompetansen og evnen til å omsette denne kunnskapen til faktisk handling. Hvorvidt deltakerne faktisk blir brukt som en ressurs for å sikre tverrsektoriell integrering, blant annet i form av folkehelse/helse i plan, varierer. Dette vil vi komme nærmere inn på i neste kapittel som handler om tverrsektorielt arbeid.

5 Samarbeid på tvers

Å samarbeide på tvers av sektorer ligger som en forventning både innenfor helse- og omsorgspolitikken og folkehelsepolitikken. Planlegging, som handler om å komme fram til mål og prioriteringer handler også ofte om å få ulike sektorer til å dra i samme retning – yte sin del for at de valgte målene og prioriteringene nås. Kunnskap om tverrsektorielt arbeid ligger dermed også i kjernen av Helomplan. I evalueringen har vi to inntak til å fange status i det tverrsektorielle arbeidet:

- Data knyttet til folkehelsekoordinator (survey)
- Deltakernes samarbeidsmønster (survey)
- Deltakernes tanker og erfaringer knyttet til tverrsektorielt arbeid (åpne spørsmål i survey og intervjuer)

Til sammen gir dette innsikt i status i deltakerkommunene med hensyn til kapasiteten til å drive tverrsektorielt arbeid. Folkehelsekoordinatoren har i mange tilfeller en samordningsfunksjon. Innsikt i deres kapasitet og arbeidsoppgaver gir derfor et bakteppe til å kunne si noe om forutsetningene for lokalt tverrsektorielt arbeid. Videre gir deltakernes samarbeidsmønster innsikt i deres mulighet til å skape ringvirkninger lokalt – hvilke sektorer og arenaer har de hyppigst kontakt med? Intervjudataene og åpne spørsmål i surveyen gir også bakgrunn for å identifisere barrierer og drivere i det tverrsektorielle arbeidet – og dermed også innsikt i betingelser for at Helomplan skal skape lokale ringvirkninger. Nettopp kompetanse i tverrfaglig arbeid var av de viktigste motivasjonsgrunnene for kursdeltakelse meddelt innen kursoppstart (Hofstad og Helgesen 2014, s. 13).

5.1 Folkehelsekoordinatoren

Folkehelsekoordinator-stillingen i kommunene er inspirert av miljøvernlederene som inntok kommunene på slutten av 1980-tallet/begynnelsen av 1990-tallet (St. meld 16 2002-2003). Kommunene er ikke pålagt å ha denne funksjonen i administrasjonen. Likevel er det blitt vanlig for kommunene å holde seg med en slik funksjon – ikke minst fordi fylkeskommunene de første årene på 2000-tallet støttet opprettelsen av en slik stilling økonomisk (Ouff mfl. 2010, Helgesen og Hofstad 2012). Fra en undersøkelse fra 2014 vet vi at 85 prosent av norske kommuner har en folkehelsekoordinator (Schou mfl. 2014). Kommunene som har sendt deltakere til Helomplan i 2012/2013 ligger på samme nivå. I 2012/2013 hadde 84 prosent av kommunene i vårt materiale folkehelsekoordinator. I 2015 hadde 82 prosent av de samme kommunene en slik funksjon i kommunens administrasjon.

Disse tallene sier imidlertid lite om folkehelsekoordinatorens kapasitet til å drive folkehelsearbeid. Vi vet fra tidligere undersøkelser at folkehelsekoordinatorenes tid til å drive folkehelsearbeid varierer. I noe over halvparten av kommunene bruker folkehelsekoordinatoren 50 prosent eller mer av arbeidstiden sin til folkehelsearbeid, mens i noe under 50 prosent av kommunene har de kun 50 prosent eller mindre tid til å bruke på folkehelsearbeid (Schou et al 2014). Ofte har folkehelsekoordinator-stillingen vært kombinert med ulike former for tjenesteyting innenfor helse og omsorg (Helgesen og Hofstad 2012, Schou mfl. 2014). Hvordan ser det ut i kommunene som har sendt deltakere til Helomplan? Tabell 5.1 viser folkehelsekoordinatorens arbeidsoppgaver i kommunene som sendte deltakere på Helomplan i 2012 og 2013, og den viser status det året de deltok på utdanningen (2012/2013) sammenliknet med status i 2015.

Tabell 5.1 *Folkehelsekoordinatorens viktigste arbeidsoppgaver (flere kryss mulig)*

Arbeidsoppgaver	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
Koordinering innenfor helsesektoren	20 %	8 %	-12
Koordinering på tvers av sektorer	65 %	69 %	4
Iverksetting av folkehelseiltak	76 %	68 %	-8
Ingen spesifikke oppgaver	5 %	3%	-2
Annet	18%	25%	+7
Totalt	N=139/140	N=98	

To trekk er spesielt interessante her. For det første ser vi at det har vært en betydelig nedgang i kommuner som rapporterer at folkehelsekoordinator har som oppgave å koordinere innenfor helsesektoren. Mens 20 prosent av kommunene rapporterte dette i 2012/2013, gjør kun 8 prosent av kommunene det i 2015. Disse kommunene har med andre ord tatt beskjeden fra nasjonalt hold om at folkehelsearbeidet skal flyttes ut av helsesektoren. For det andre ser vi at folkehelsekoordinatoren i økende grad har ansvar for koordinering på tvers av kommunens sektorer – som er en kjerneoppgave for folkehelsekoordinatorene. Sammen med iverksetting av folkehelseiltak er dette den arbeidsoppgaven som flest folkehelsekoordinatorer har. Imidlertid har det vært en nedgang i andelen kommuner hvor folkehelsekoordinatoren arbeider med å iverksette folkehelseiltak. En plausibel tolkning er at folkehelsekoordinatorene i mindre grad er involvert i tjenesteyting enn tidligere, og i stedet har ansvar for mer overordnede, strategiske oppgaver (Schou mfl. 2014). Kategorien «annet» har hatt en økning på 7 prosentpoeng mellom 2012/2013 og 2015. Respondentene har ikke mulighet til å utdype hva de helt

konkret tenker på her. Kategorien er ment å gi respondentene mulighet til å uttrykke at det finnes andre arbeidsoppgaver som folkehelsekoordinatoren holder på med enn de forhåndsgitte kategoriene i spørreskjemaet. Basert på andre funn i denne og andre undersøkelser kan en hypotese være at de er involvert i planlegging, og at dette har økt i løpet av de to-tre årene som er gått mellom de to måletidspunktene, men dette kan vi altså ikke si med sikkerhet.

5.2 Deltakernes samarbeidsmønster

V har spurt deltakerne hvor ofte de har kontakt på e-post, i møter, osv. med relevante, lokale aktører. Tabell 5.2 viser andelen respondenter som har daglig/ukentlig kontakt med de utvalgte aktørene.

Tabell 5.2 *Hvor ofte har du kontakt (e-post, møter, osv med følgende aktører? Viser daglig/ ukentlig kontakt (flere kryss mulig)*

Aktør	2012/2013	2015	Endring i prosentpoeng
Helse- og omsorgssjef	79 %	72 %	-7
Kommunelegen	52 %	52 %	0
Folkehelsekoordinator	44%	48 %	4
Fylkeskommunen	36 %	34 %	-2
Andre kommuner	34 %	30 %	-4
Samfunnsplanlegger	25 %	31 %	6
NAV lokalt	24 %	32 %	8
Helseforetak/sykehus	21 %	16 %	-7
Bedrifter	15 %	12 %	-3
Frivillige organisasjoner	12 %	7 %	-5
N ⁷	142-166	96-109	

⁷ N varierer fra svarkategori til svarkategori fordi vi her har tatt ut kun de som har svart daglig/ukentlig. Prosentandelen viser da andelen blant de som har

La oss først se på hvilke aktører som flest respondenter har daglig/ukentlig kontakt med, deretter på endringen over tid.

Om lag 3/4 har daglig eller ukentlig kontakt med helse- og omsorgssjefen i kommunen. I og med at de fleste deltakerne har sitt daglige virke nettopp i helse- og omsorgssektoren er resultatet naturlig. Og det er i et slikt lys vi også må se resultatene i forhold til de andre aktørene. Om lag halvparten av respondentene har daglig/ukentlig kontakt med kommunelegen. Sammen med folkehelsekoordinator, som over 40 prosent av respondentene oppgir å ha daglig/ukentlig kontakt med, er helsesjef og kommunelege de viktigste aktørene for deltakerne på Helomplan.

Hvis vi ser på endringer over tid, ser vi at en av aktørene (kommunelegen) er nevnt like hyppig i 2012/2013 og 2015, mens det er tre aktørgrupper hvor andelen som har daglig/ukentlig kontakt har økt, og seks aktørgrupper hvor den er redusert. To av disse endringene er spesielt interessante. For det første er det færre av respondentene som oppgir å ha daglig/ukentlig kontakt med helse- og omsorgssjef (minus sju prosentpoeng) i 2015 sammenlignet med den de hadde i 2012/2013. Er det fordi en større andel av respondentene har kontakt med andre aktører? Og dermed en indikasjon på at de i større grad orienterer seg ut av helse- og omsorgssektoren? Slike sammenhenger avdekkes ikke av surveydataene. Men resultatene viser imidlertid at flere har daglig/ukentlig kontakt med NAV lokalt (pluss åtte prosentpoeng), samfunnsplanlegger (pluss seks prosentpoeng) og folkehelsekoordinatoren (pluss fire prosentpoeng) i 2015 sammenlignet med 2012/2013. Disse resultatene peker mot en forsiktig, mer tverrsektoriell orientering. Særlig er samfunnsplanlegger og folkehelsekoordinator interessant. Dette er aktører som har som sin fremste oppgave å arbeide tverrsektorielt gjennom å koordinere utforming av planer og gjennomføring av folkehelse mål og – tiltak. Økt kontakt med disse aktørene er et mål for Helomplan – akkurat som det er et mål for folkehelse og helse- og omsorgspolitikken mer generelt.

Spørsmålet er om det er naturlig å forvente at respondentene, som stort sett er «helsefolk», har så hyppig kontakt med disse aktørene? Dersom målet er økt tverrsektoriell integrering, er det nødvendig

krysset av for kontakt med for eksempel folkehelsekoordinator som krysset av for at de hadde daglig eller ukentlig kontakt.

med økt kontakt på tvers av sektorene og særlig inn mot aktører som har en koordinerende funksjon. Legger vi til respondenter som oppgir å ha månedlig kontakt med folkehelsekoordinator og samfunnsplanlegger, får vi henholdsvis 62 og 47 prosent som har månedlig eller hyppigere kontakt med folkehelsekoordinator og planlegger. Det er relativt høye tall. Likevel ser vi, både i åpne spørsmål i surveyen og i intervjuer med deltakerne, at tverrsektorielt arbeid er en utfordring. Noe som også understrekes av at andelen som har daglig/ukentlig kontakt med fylkeskommunen, helseforetaket, andre kommuner, bedrifter og frivillige organisasjoner har gått ned. La oss se nærmere på hva respondentene i surveyen og informantene i kommuner og fylkeskommuner formidler om deres erfaring med tverrsektorielt arbeid.

5.3 Forutsetninger for tverrsektoriell integrering

Deltakerne på Helomplan opplever i liten grad uvilje mot de tankene og ideene de har med seg hjem fra videreutdanningen. Problemet er imidlertid å gå fra aksept til konkret handling:

Alle nikker, men når du går ut av rommet gjør de som de alltid har gjort (deltaker kommune).

Det er ingen reell motstand, men folk er litt tapt i den hverdagen de står i. Folk er jo enige i at man skal jobbe med de lange linjer. Når vi går inn i utfordringer i helse – og omsorgssektoren, så er vi klar over folkehelse og forebygging og hva det krever av strukturendringer og en annen forståelse. Men hvis vi vil det så må vi rigge om. Det er folk enige i, selv om man ikke klarer å jobbe med det (deltaker, kommune).

Hvilke faktorer mener informantene er viktige for å få til en overgang fra aksept til konkret handling? De er opptatt av faktorer som bidrar til at kollegaer og administrative enheter og virksomheter er mottakelige for å drive fram et mer tverrsektorielt handlingsmønster, som ligger til grunn for folkehelsearbeid og forebyggingsorientert helse- og omsorgsarbeid. I begge tilfeller er det å koble seg tettere på planlegging en målsetting.

Informantene mener mottakeligheten øker når det er flere som har tatt helse og omsorg i plan. Dermed sitter flere med den samme kunnskapen og vil ha større forståelse og interesse for samarbeid på tvers. Både deltakere som har opplevd å ha flere som har gått sammen på Helomplan og deltakere som ikke har hatt noen rundt seg som har tatt videreutdanningen nevner dette som en viktig forutsetning:

Jeg var eneste deltaker fra min kommune. Om vi hadde vært en tverrfaglig gruppe som deltok samlet ville det vært et bedre utgangspunkt for å skape noe nytt (åpent spørsmål, kommunesurvey).

Tillatelsen til å delta og det uttalte ønsket om å bruke dette er nok ikke så forankret. Jeg ble en ensom svale. Vi burde ha vært flere. Jeg var alene fra kommunen og regionen. Hvis man på kommunalt nivå har ønske om å bruke utdanningen for å få boost i forhold til eget planarbeid må man jobbe breiere, man må ha en tverrfaglighet for å ha eierskap (deltaker, kommune).

En må ha noen å samarbeide med. Vi er to fra samme kommune som har tatt studiet. Uten det ville ikke jeg klart å komme i posisjon til å bruke det jeg har lært (åpent spørsmål, kommunesurvey).

Vi er 4 personer i vår kommune som har tatt utdanningen. Folkehelsekoordinator, samfunnsplanlegger, planlegger på teknisk og leder for hjemmebaserte tjenester/institusjonstjenester (...). Vi har felles ståsted og sikrer at folkehelse blir ivaretatt. Vi har mer slagkraft i planforum og annet tverrfaglig samarbeid. Synes at dette er alfa og omega for oss! (åpent spørsmål, kommunesurvey).

For at kunnskap og erfaring fra Helomplan skal spre seg i organisasjonen er det altså viktig at deltakeren har en eller flere «medsammensvorne» som han eller hun kan spille på. I tillegg er deltakerne opptatt av at forankring i ledelsen er en viktig forutsetning – også her har informantene ulik erfaring:

I revideringen fremover av regional plan for folkehelse, er min kompetanse ikke blitt benyttet. *Hvorfor ikke?* Arbeidet ligger i en annen avdeling, og det er på ledernivå at de diskusjonene går, vi andre hører ikke noe om det, antar jeg (deltaker, fylkeskommune).

Jeg sitter i toppledelsen i kommunen, og kunnskap fra kurset ga folkehelsefokuset en god forankring som kunne risle ned i organisasjonen (åpent spørsmål, kommunesurvey).

Utfordringen er ikke at jeg får motstand, men derifra til å gjøre noe. Jeg er jo ikke leder, så det er min direktør som må legge vekt på dette (deltaker, fylkeskommune).

I en kommune tok nærmeste leder Helomplan etter sin ansatte. Hun beskriver betydningen av dette slik:

Det har blitt forankret høyt opp fordi jeg har tatt kurset. Det hadde ikke kommet inn i kommuneplanen om jeg ikke hadde tatt kurset selv. Og det har vært bra. Jeg fikk være med politikerne. Fordi jeg hadde noe å bidra med. Vi skjønnte hvor viktig det var å få noe på folkehelse inn i kommuneplanen (nærmeste leder, kommune).

Velvilje, interesse og forståelse hos ledelsen er altså en viktig forutsetning for at kunnskap og erfaring fra Helomplan sprer seg i organisasjonen, og ingenting er bedre enn om lederen selv har gått på Helomplan. Informantene, og særlig de som har vært involvert i folkehelsearbeid lenge, løfter også fram betydningen av langsiktighet i arbeidet. Å skape tverrsektoriell integrering er en langsom og møysommelig prosess som først bærer frukter etter gjentakende argumentering for betydningen av å tenke helhetlig og tverrsektorielt:

Gjennom å ha jobbet her lenge får man forankret det skikkelig (deltaker, fylkeskommune).

Jeg klarer å være tålmodig i min utålmodighet. Det tar tid, men det beveger seg i riktig retning. Det å gjenta ting er lurt (deltaker, kommune).

Betydningen av gjentakende påtrykk har også kommet fram i andre studier som en del av folkehelsearbeidet (Helgesen mfl 2014). Når målet er å engasjere kollegaer som ikke i utgangspunktet har folkehelse eller helse som sitt arbeidsfelt, krever det tålmodig pågangsmot og en evne til å tåle og være masekopp, utfordre og å trække folk på tærne. Etter å ha tatt Helomplan føler imidlertid deltakerne at de kan øve dette påtrykket med større grad av legitimitet og trygghet:

[Helomplan] har gitt større legitimitet til mine innspill overfor administrativ og politisk ledelse, så vel som planavdelingen (vi snakker samme språk) (åpent spørsmål, survey).

Jeg har fått en større bevissthet. Ny kunnskap og ny innsikt som jeg bruker. Jeg er på et annet nivå (...)
Jeg skrev om makt og kunnskap i planlegging, hvorfor noe løftes fram og noe ties i hjel. Den innsikten som jeg fikk gav en systemforståelse. Da kunne jeg løfte det bort fra meg (deltaker, kommune).

Deltakerne har altså tilegnet seg en kunnskapsbasis som gjør at de kan tre inn på nye arenaer og ta del i diskusjoner med større selvtilit enn de kunne før de deltok på Helomplan.

Samarbeid på tvers foregår imidlertid ikke bare på tvers av kommunens egne virksomheter. Kommuner har også behov for å samarbeide med eksterne aktører. Ikke minst med andre kommuner.

5.4 Interkommunalt samarbeid

For flere kommuner er interkommunalt samarbeid sentralt for å fremme plankompetanse og samhandling i folkehelsearbeidet.

En utfordring er likevel at en felles plan kan bli for omfattende og ressurskrevende for kommuner med små ressurser:

[V]i har jo skåret så inn til beinet. Det er så press på økonomien at man ser at vi klarer ikke samhandlingsreformen eller dette med planlegging. *Det murrer og går hele tida.* Vi er helt avhengig av å

samarbeide med nabokommunene for å gjennomføre de reformene som regjeringen og Stortinget vedtar.

Selv om interkommunalt samarbeid kan styrke kompetansen og kvaliteten, innebærer det samtidig at prosessene saknes ned, ifølge en informant fra en kommune:

Vi må hente inn folk. Og dess mindre kommune, dess mer må vi lene oss sammen og bruke ressursene sammen. Men det gjør og at prosessene går treigere. For planen må jo opp til politikerne for behandling. Hvis du samarbeider tre kommuner, da. Og så skal tre ulike kommunestyre fatte beslutninger, da går det boms i bakken. Det spriker i alle retninger.

Interkommunalt samarbeid oppleves også som enklere utenfor folkehelsearbeid, som er et sammensatt område. For eksempel nevnes det i en kommune at den samarbeider med to andre kommuner om en frisklivssentral, som kun er en liten del av det totale folkehelsearbeidet. Opplevelsen er at interkommunalt samhandling er nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å fremme folkehelsearbeidet.

På spørsmål om hva som er utfordrende med å få til en tettere kobling mellom helse og plan, svarer en kommunerepresentant at diskusjoner om kommunesammenslåing burde koples til interkommunalt samarbeid om plan på regionalt nivå, fordi mål og problemstillinger er rimelig like:

Kommunesammenslåing, en brems så vi ikke legger en langsiktig plan. Kommuneplaner, folkehelse, det er et problem at hver kommune skal ha egne planer, det skulle ha vært regioner... Kommunene setter flere ulike mål, det skulle vært delt inn i områder ansvarlig for å utarbeide en helseoversikt. Nå gjør hver og en det omfattende arbeidet, og så må man endre det senere. Samt: det er jo ikke store forskjellene på tvers av kommunegrenser...

Det er med andre ord ulike oppfatninger av hvor langt kommunene kan nå gjennom interkommunalt samarbeid. På den ene siden påpekes at det vil forsinke prosesser, på den andre siden kan kommunene ha felles utfordringer som kan møtes i en regional

plan. Fra fylkeskommunalt hold er nettopp det regionale nivået påpekt som nødvendig for å fremme folkehelsearbeidet:

Jeg har jobbet en del med reformene om fylkenes og kommunenes oppgaver fremover. Det jeg legger merke til er stor forskjell i hvordan og hva som gjøres/ foregår i kommunene, og dette har betydning for hvordan man oppfatter folkehelse. Hos oss kopler vi det tidlig til planlegging, og organiserer arbeidet slik at det legges godt til rette for det. Så kommer operative folkehelseiltak (f.eks. kampanjer), men det grunnleggende er å kople det til samfunnsutviklingen og regional planlegging. I noen kommuner er det ingen tydelig kopling til samfunnsutviklingen. Dermed blir det også en diskusjon om fylkeskommunens rolle. Mange peker på at dette kan kommunene drive med selv, men jeg er uenig fordi det er behov for å se på tvers av kommunegrensene. Dette sier jeg ikke for å forsvare fylkeskommunens posisjon, men [fordi det er nødvendig å holde slikt overordnet perspektiv for å få til arbeidet].

Her løftes med andre ord fram viktigheten av den rammen det lokale folkehelsearbeidet foregår innenfor, og at fylkeskommunen som understøtter har en viktig rolle å spille som samfunnsutvikler og å hjelpe kommunene med å se ut over deres egen virksomhet.

6 Samhandling mellom kommuner og helseforetak

I dette kapitlet vil belyse kunnskapsbehov knyttet til samhandling mellom kommuner og helseforetak, men også konteksten denne samhandlingen foregår i. På den måten belyses viktige betingelser for kunnskapsspredning fra Helomplan til samhandlingen.

Helomplan har til hensikt å forbedre forholdet mellom helseforetak og kommuner. I 2013 mente studentene at økt plankompetanse og kunnskap om tverrfaglig arbeid kunne avhjelpe samarbeidet mellom kommuner og helseforetak, særlig i iverksettingen av samarbeidsavtalen (Hofstad og Helgesen 2013, s.32-33). Hvordan ser dette ut i 2015?

Vi bygger dette kapitlet på erfaringer fremkommet i intervjuer med deltakere, ledere og planansvarlige i kommunene og fylkeskommunene, og på data fra spørreundersøkelsen.

6.1 Betydningen av økt plankompetanse

På vårt spørsmål i spørreundersøkelsen om økt plankompetanse vil bidra til å møte utfordringer i samhandlingen, hersker det stor usikkerhet blant mange av respondentene. De som svarer avkreftende mener at det heller er behov for gode forventningsavklaringer og dialog, siden samhandlingen oppleves som mer styrt av oppgavefordeling. Dermed oppleves også avklaring av ansvarsforhold som mer sentralt.

Respondentene som svarer positivt på spørsmålet mener at økt plankompetanse vil ha en positiv effekt på samarbeidet gjennom økt gjensidig kjennskap, forståelse og kunnskap om hverandres virksomhet, og derigjennom økt evne og vilje til felles og mer systematisk planlegging i mer langsiktige perspektiv. Å ta del i

planarbeid anses også å gi større eierskap til prosesser, for slik å kunne bidra til å forenkle implementeringen. Til gjengjeld opplever flere at økt plankompetanse er viktig for kommunene for å imøtegå den asymmetrien som oppleves mellom helseforetak og kommuner, slik en respondent indikerer:

Det gjør kommunene bedre i stand til å tenke langsiktig, jobbe for forebygging og kreve at helseforetaket utfører sin del ifht å skaffe til veie statistikk, samt stille krav til økt samarbeid om forebygging og kompetanse (åpent spørsmål survey, 2015).

Kommunenes egennytte er også vektlagt av respondenter i survey i 2015:

I den grad plankompetanse kan avhjelpe er det i forhold til hvordan kommunene skal kunne ruste opp egne tjenester til å ta imot stadig dårligere pasienter med større behov enn tidligere.

En annen respondent peker på sin side på at helseforetakene vil ha størst nytte av økt plankompetanse, gjennom bedre kjennskap til kommunenes arbeid:

Dersom helseforetaket kjenner de kommunale planprosessene kan samhandling settes i system og dermed også bli mer forpliktende. Samtidig finner flere respondenter også at de store systemene som helseforetakene utgjør vanskeliggjør samarbeidet, ved at informasjonsflyt blant ansatte på foretakene ikke er god nok, slik at overordnede avtaler ikke er kjent blant sykehusets personale.

På vårt intervju spørsmål om det er behov for planleggingskompetanse for samhandlingen, oppfatter en informant fra en kommune at planlegging er viktig for å styre prosessene der mange kommuner skal samarbeide om oppgaver slik som øyeblikkelig hjelp, legevakt og DPS.

I intervju foretatt i 2015 kommer det frem ulike erfaringer med hvordan avtalen fungerer for samarbeid. I én fylkeskommune er samarbeidsavtalen sovende, ifølge en informant. Utfordringen er at det er for mange involverte, «da får man ikke til et partnerskap med noen». Helseforetaket oppleves heller ikke som opptatt av folkehelse, slik som friskluft og rehabilitering, mens det oppleves å

være større muligheter for å øke foretakets interesse for sosial ulikhet i helse. En tilsvarende oppfatning i en kommune er at helsetjenesten tenker tradisjonelt om hva folkehelse skal være. Dermed vil ulike forståelser av folkehelse ha betydning for samhandlingen med helseforetakene.

I en kommune der samhandlingen følger et rimelig standardisert opplegg, oppleves det av en informant å fungere bra gjennom tilpassing av partneravtaler for kommunene. Dette bygger dessuten på et etablert samarbeid mellom sykehus og kommuner, som videreføres i arbeidet med samhandlingsreformen.

En informant peker også på at et nytt fenomen er at helseforetakene bryter avtalen ved å legge føringer på kommunal ressursbruk og ved å gjøre disposisjoner på vegne av kommunene.

I et annet intervju kommer det frem at plankompetanse ikke ble brukt bevisst inn i arbeidet med partnerskapsavtale mellom helseforetak og kommune, noe informanten mener kunne ha vært nyttig, f.eks. i forbindelse med innskriving, oversikt over pasientstrømmer og pasientbehov. I dette tilfellet er et interkommunalt tilbud om øyeblikkelig hjelp på sykehuset utviklet, hvor plankompetanse inn i utviklingen av tilbudet i ettertid anses å kunne vært nyttig. Her kan Helomplan ha bidratt til økt forståelse for hva plankompetanse kan bidra med inn i samhandlingsprosesser.

I en annen kommune beskrives samhandlingsprosessene som å ha vært ført uten utarbeidelse av planer, men gjennom prosjektarbeid, felles satsingsområder og partneravtaler. utfordringen her uttrykkes å være at kommunene er svært forskjellige, både i størrelse og utfordringer. Dette betyr at utarbeiding av felles planer ville blitt for omfattende. Det foregår derimot interkommunalt samarbeid om regional plan, som fungerer som et strategisk styringsdokument som kommunen vil være lojale mot.

En generell erfaring er at forskjellen i samfunnsoppdrag, fokus, og systemer er stor mellom foretak og kommunene. Dette innebærer behov for bevissthet om rollefordelingen og kontinuerlig etterstrebe å kjenne hverandres perspektiver og roller bedre.

6.2 Utfordringer for samhandling

I delrapport 2 (Hofstad og Helgesen 2014:16-17) identifiseres tre utfordringer for samhandlingen mellom helseforetak og kommuner: For det første en *kulturforskjell* mellom disse to som handler om at de to aktørene opererer etter to helt ulike beslutningssystemer – det politiske (kommuner) og det fagligadministrative (helseforetak). For det andre opplevde kommunene at helseforetakene har *manglende kunnskap* om lokale forhold og lite eller ingen interesse eller vilje til samhandling og samarbeid. For det tredje et skjevt *maktforhold* mellom kommuner og helseforetak. Til sammen gjør dette at kommunene opplever at det er et asymmetrisk forhold mellom dem på den ene siden og helseforetakene på den andre. Slik er det også i 2015 og reflekteres i et åpent svaralternativ i surveyen hvor respondentene blir spurt om hva som er utfordrende med samhandlingen mellom kommuner og helseforetak. Kommunene opplever seg som forbigått i beslutningsprosesser, at helseforetak har «definisjonsmakt» og er premissleverandør i samhandlingen, og i noen tilfeller opplever helseforetakene som arrogante ovenfor kommunene. Kommunene på sin side får også en svekket rolle ved å være små og mange i møtet med et stort helseforetak. Følgende sitat illustrerer forståelsen av manglende jevnbyrdighet mellom partene:

Det er fortsatt veldig sterkt preget av at spesialisthelsetjenesten anser seg for å være ekspertene og bestillere. Det er LANGT igjen til man får en likestilt rolle. Dette handler så langt jeg har erfart, både om gammel kultur som holdes ved like fra begge sider, og at kunnskapen i kommunene ikke er god nok. Målet og dynamikken er også i stor grad forskjellig i de to etatene, og det er lettere å definere det mer avgrensede og spesifikke som er i spesialisthelsetjenesten (åpent spørsmål, survey, 2015).

Herunder er det også interessant hvordan denne asymmetrien kan forsterkes av ulike organisasjonskulturer og institusjonelle strukturer:

En stor aktør mot mange små kommuner. HF [Helseforetaket] vet best, uten å kjenne kommunalt lovverk, og prøver ofte å overstyre kommunen ift hva den enkelte pasient har rett til/ type tjeneste og omfang. HF er kolonneoppbygd og medisinsk fokusert, kommunen er mer tverrfaglig og omsorgsfokusert. Bredere fokus ift innbyggerne. Dvs. to ulike fokus og snakker ikke alltid samme språk (åpent spørsmål, survey, 2105).

Respondenten finner at disse ulikhetene får betydning for hvilke fokus helseforetak og kommune har på befolkningen, noe som får innflytelse på kommunikasjonen mellom dem. Samtidig styres kommuner og helseforetak etter forskjellige mål og regelverk, og de har varierende grad av kapasitetsproblemer som får betydning for kvaliteten på samarbeidet. Ressursutfordringene til små kommuner og sprenge helseforetak innebærer også at kommunikasjonsflyten ikke blir så effektiv som ønsket.

Kommunikasjonsproblemer mellom helseforetak og kommuner rapporteres også av andre respondenter, der det vises til vanskeligheter med å få forståelse for ens utfordringer, samt at helseforetakene ikke nødvendigvis besitter nødvendig kunnskap om kommunenes praksis. Dette kan bidra til å skape falske forventninger som ikke kan innfris, og som også henger sammen med et relatert behov for en større rolleavklaring, slik det fremmes av flere i undersøkelsesmaterialet. Det er herunder en opplevelse av at økte krav til kommunene er en utfordring, inklusive å få forståelse for at de har kapasitetsproblemer.

Samhandlingsreformen har vært krevende, mener informanter fra kommunene, på grunn av dårlig kommuneøkonomi og økt antall oppgaver, særlig innenfor komplekse områder med kompliserte lovverk som psykiatri.

Et nytt element som trekkes fram av respondentene i undersøkelsen fra 2015, er *konsekvensene det asymmetriske forholdet* mellom helseforetak og kommuner får for samhandlingsavtalen mellom dem. Når sykehusene setter agendaen og legger føringer for hvordan pasienter skal følges opp etter et sykehusopphold, så bestemmer de samtidig hvordan kommunene skal disponere sine ressurser, hevder deltakere fra kommunene. På den måten beveger helseforetakene seg utenfor sitt ansvarsområde og over på

kommunenes, dermed står de i fare for å bryte samhandlingsavtalen ved å legge føringer på kommunal ressursbruk. Behovet for samhandlingskompetanse og gjensidig kunnskap om hverandres ansvar og aktiviteter synes absolutt å være tilstede. Spørsmålet er om Helomplan er et tilbud som dekker dette behovet.

6.3 Helomplans betydning for samhandlingskompetanse

I intervju med deltakerne i 2015 kommer det frem at det er vanskelig å si om eller hvordan Helomplan har hatt innvirkning på samhandlingen mellom helseforetak og kommune. Samtidig er det lite som tyder på at kompetansen gitt gjennom kurset har bidratt til organisatoriske endringer av folkehelse-, helse- og omsorgsarbeidet og samhandlingen med helseforetaket.

Innen Helomplan er to deltakeres erfaring at det var lite eksplisitt undervisning om samhandlingskompetanse, men derimot øvelse i kommunikasjon, samarbeid om analyse av utfordringer, og nettverksarbeid. Samtidig er mer kunnskap om hvordan helseforetak og staten arbeider etterlyst, fordi de opererer med ulikt tempo i prosessene. Kommunen jobber sakte og foretaket kan ikke vente på et stort antall kommuner i styringsprosessene, påpekes det. Kommunen kan snu raskt ovenfor helseforetaket ved behov for å motta pasienter, men det blir ikke grundig og det er ikke samhandling, ifølge informanten.

Samhandlingsreformen oppleves som overveldende, noen informanter mener derfor det ville vært nyttig om Helomplan hadde gitt kompetanse på avtalene med helseforetakene før de ble laget, for at hun kunne ha bidratt mer i prosessene. I den forbindelse ville et større prosessfokus på plan og samhandling i undervisningen vært positivt.

7 Ringvirkninger av Helse og omsorg i plan

Tiltak av den typen Helomplan representerer, som ett av flere tiltak ment å styrke samhandlingsreformens ambisjon om et skifte fra reparasjon av sykdom til forebygging av helse, er utfordrende å evaluere. Å identifisere den isolerte effekten av Helomplan i form av generelle endringer i kommuner, helseforetak, fylkeskommuner og fylkesmenn er så godt som umulig. Imidlertid har vi tilgang til deltakerne, deres ledere og planleggeres egne vurderinger – deres opplevelse av hvilken virkning deltakelse på Helomplan har hatt for dem og deres arbeid.

På bakgrunn av deres vurderinger vil vi i dette kapitlet undersøke hvorvidt Helomplan har skapt ringvirkninger i form av å styrke aktørenes evne til oversettelse, samfunnsutvikling og samstyring/innovasjon som presentert i kapittel 2. *Oversettelse* består av å skape en forståelse for hva styringssignalene betyr – hvilke verdier de er tuftet på og hva de innebærer, samt å identifisere hvilke av disse styringssignalene som er relevante i den gitte lokale konteksten de skal oversettes til. *Samfunnsutvikling* handler om langsiktige prosesser med sikte på å gi strategisk retning, mobilisere til deltakelse og samordne innsatsen på tvers av sektorer (Hofstad og Hanssen 2015). Folkehelse/helse er begge tuftet på en langsiktig visjon om «det gode liv» og «det gode samfunn» hvor et føre-var prinsipp skal være styrende for de valgene en gjør. Planleggingen deler en slik ambisjon. Samtidig er hensikten med planlegging nettopp å finne fram til felles strategier, mobilisere til deltakelse og skape samordning gjennom å utforme mål og prioriteringer på tvers av sektorer. *Samstyring/innovasjon* er også en bit av dette bildet. Oversettelsen og samfunnsutviklingen som ligger innbakt i dagens politikk innebærer at kommuner og fylkeskommuner må tenke og organisere seg på nye måter – altså

en form for offentlig innovasjon. Målet er at alle relevante aktører og sektorer trekkes med – det vi her har kalt for samstyring. Både nye tankemønstre og samstyringen utfordrer vante organisasjonsmønstre og tradisjonelle måter å drive problemløsning på. Spørsmålet vi stiller i dette kapitlet er hvorvidt vi kan se at deltakelse på Helomplan har skapt endringer i form av nye forståelser (oversettelse), en planlegging hvor langsiktige helse/folkehelsehensyn er integrert (samfunnsutvikling) og nye organisasjonsmessige praksiser (samstyring/innovasjon).

7.1 Har Helomplan bidratt til oversettelse?

Surveyen fra 2015 inneholder et nytt, åpent spørsmål i forhold til surveyen de samme respondentene mottok i forbindelse med at de tok videreutdanningen i 2012 og 2013. I 2015 hadde deltakerne fra 2012 og 2013 gjort seg erfaringer med hva Helomplan hadde gitt dem og de ble derfor spurt: *Har du fått bruket kunnskapen du tilegnet deg på Helomplan i arbeidet ditt?* Her er vi ute etter å belyse om Helomplan har styrket forståelsen for dagens folkehelse/helsepolitikk og evnen til å anvende denne kunnskapen i en lokal/regional kontekst.

Flertallet av respondentene svarer bekreftende på dette spørsmålet. Hovedbegrunnelsen de oppgir er at videreutdanningen har gitt økt forståelse og et godt kunnskapsgrunnlag som igjen fører til faglig trygghet og legitimitet som gjør det lettere å løfte fram (folke-) helseperspektivet og delta i planprosesser. Slik beskriver en av respondentene dette:

Ja. Egen forståelse letter eget arbeid. Har gitt større legitimitet til mine innspill overfor administrativ og politisk ledere, så vel som i planavdelingen. (Vi snakker samme språk)

Hva består så denne økte forståelsen av? Generelt formidler informantene at de sitter igjen med kunnskap om planlegging, tverrsektorielt samarbeid og kunnskapsgrunnlag/statistikk. La oss se litt nærmere på disse.

I tidligere rapporter fra evalueringen har vi sett at å lære om *planlegging* er den fremste motivasjonsfaktoren for deltakelse på Helomplan. Kunnskap om planlegging er også noe av det

deltakerne sitter igjen med å ha tilegnet seg kunnskap om. Også to/tre år etter trekkes planlegging fram som en kunnskap de har fått bruk for i etterkant av Helomplan:

Ja. Har fått økt forståelse og innsikt i.f.t. planarbeid som verktøy og retnings/prioritering og strategidokument. Ser bedre sammenhenger og påvirkningsfaktorer.

Ja. Det jeg har lært om gevinsten av å strebe etter reel medvirkning, kommunikativ planlegging har jeg brukt mye. Håper å få komme i posisjon til å bruke det jeg har lært om verksted i planlegging. Kjenner at jeg står stødigere fordi jeg har referanser og kilder som forteller om ting jeg før har tenkt at "sånn må det være" men ikke har klart å formidle/selge inn.

Kunnskap om planlegging og generelt større faglig trygghet er den tydeligste beskjeden fra respondentene. Noen trekker også fram at de har tilegnet seg kunnskap om tverrsektorielt arbeid:

Ja. Kunnskapen blir brukt daglig, spesielt har det vært faglig sett bra å få en del teori (faglitteratur) som kan brukes i arbeidet med en *tverrsektoriell* og felles forståelse for det lokale folkehelsearbeidet.

Ja, jeg har fått en større forståelse av viktigheten av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet og en større forståelse for hvordan kommunens etater bedre kan samarbeide.

Om deltakerne også har fått mulighet til å anvende kunnskapen om planlegging og tverrsektorielt arbeid vil vi komme nærmere inn på når vi diskuterer om Helomplan har bidratt til samfunnsutvikling og samstyring/innovasjon.

En del respondenter trekker også fram *statistikk* på spørsmålet om de har fått brukt kunnskapen de tilegnet seg på Helomplan i arbeidet sitt. Denne formen for kunnskapsinnhenting har vi også sett nærmere på i kapittel 3 hvor vi har sett at resultatene i forhold til et av de viktigste virkemidlene i dagens folkehelsepolitikk, *oversiktsarbeidet*, har endret seg i løpet av perioden. Oversiktsarbeidet handler om å lage et kunnskapsdokument som beskriver kommunens og fylkeskommunens folkehelseutfordringer

ved å presentere helsetilstanden og de positive og negative påvirkningsfaktorene som har innvirkning på denne. Målet er å skape et kunnskapsbasert folkehelsearbeid samtidig som folkehelseutfordringene skal integreres og legge premisser for planleggingen.

I løpet av perioden har behovet for mer kunnskap om helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer gått betraktelig ned. Vi har sett at andelen respondenter som har stort behov for lik kunnskap sank med hele 32 prosentpoeng mellom 2012/2013 og 2015. Samtidig har andelen respondenter som rapporterer at de har utarbeidet et oversiktsdokument økt med 40 prosentpoeng i samme periode. Disse funnene indikerer at oversiktsarbeidet i Helomplan-kommunene har skutt fart i løpet av perioden, men dette skyldes nok ikke Helomplan, men en tydelig Folkehelselov på dette punktet og en klar og understøttende politikk fra Helsemyndighetenes side, med veileder, tilsyn, utvikling av folkehelseprofiler, osv. Imidlertid gjør deltakernes opplevelse av å ha en tryggere kunnskapsbase trolig dem bedre rustet til å delta i oversiktsarbeidet.

På mer generelle spørsmål om statistikk er resultatene mindre entydige. Vi finner ikke store endringer i bruken av statistiske kilder, og deltakerne har veldig ulik erfaring med bruk av statistikk. Mens noen brukte det aktivt i arbeidet sitt fra før, er det andre som er helt ferske. Videre er det slik at en gjennom økt kjennskap til statistikk også blir mer kritisk til hvilke vurderinger en kan gjøre på bakgrunn av statistiske data. Når respondentene har blitt spurt om hvilket kunnskapsbehov de har om plan som verktøy for (folke)helse (åpent spørsmål), nevner flere at de har behov for mer kunnskap knyttet til data og statistikk:

Behov for kunnskap om hvordan bruke lokal tilgjengelig statistikk mer aktivt, eks fra Profil, ProfDoc

Lokale data ang problemstillinger som grunnlag for kunnskap og prioritering av tiltak - økonomiske data, kostnad og nytte av ulike tiltak

Ønsker kurs i styringsdata.

Det er altså lokale data, data om årsakssammenhenger, samt styringsdata som blir etterspurt her.

Ett felt synes det, spesielt fra kommunenes side, å være behov for økt forståelse og kunnskap og det er om *samhandling*. Mer spesifikt opplever kommunene at det er en asymmetri og en kulturforskjell mellom kommuner og helseforetak som gjør samhandlingen utfordrende. Kommuner og helseforetak styres av ulikt regelverk og de har ulike mål. Mens helseforetakenes målsetting er medisinsk behandling er kommunenes primære å gi omsorg og forebygge sykdom. Avstanden mellom de to institusjonene synes ikke å blitt mindre over tid. Behovet for en tydeligere rolleavklaring er helt klart til stede. Fra kommunenes side argumenteres det for at sykehusene setter agendaen og har liten forståelse for at deres utredninger og krav griper inn i kommunenes disposisjoner av egne ressurser. Dermed mener noen av våre respondenter at helseforetakene bryter samarbeidsavtalen ved at de går ut over sitt ansvarsområde.

Om dette er et tema Helomplan bør ta opp i sterkere grad i fortsettelsen er usikkert. Som tema vil dette treffe kun de som er involvert i samhandling, dersom det ikke tas med som et mer generelt eksempel på kulturforskjeller mellom ulike sektorer og virksomheter og hvordan slike utfordringer kan overkommes.

7.2 Har Helomplan bidratt til samfunnsutvikling?

Spørsmålet her er om Helomplan har bidratt til å styrke integreringen av folkehelse/helse som langsiktige hensyn for planleggingen. La oss starte med spørsmålet fra 2015-surveyen som vi også innledet seksjonen om helomplan har bidratt til oversettelse med: *Har du fått brukt kunnskapen du tilegnet deg på Helomplan i arbeidet ditt?* Vi så over at *kunnskapen* om planlegging har økt, men har den også gitt faktiske resultater? Flere respondenter i surveyen formidler at de opplever å ha blitt trukket mer med i planleggingen:

Ja, har vore med å utarbeide ny oppvekstplan.

Ja, har bidratt i arbeidet med rullering av kommuneplan og hatt ansvar for folkehelseperspektivet der.

Ja, jeg har brukt det i forbindelse med strategiutvikling og i arbeid med kommuneplanens samfunnsdel. Jeg har byttet jobb etter studiet og jobber nå mye med faglig utvikling og analyser og strategi, samt rapportering.

Respondentene nevner, som her, at de har vært involvert i både tema-/kommunedelplaner og kommuneplanen. Samtidig er det også en god del, som synliggjort i siste sitat, som har fått andre oppgaver etter endt studie. Vi vet fra intervjuene at motivasjonen for å ta Helomplan er todelt; en ønsker på den ene siden å kunne bidra inn i planleggingen i det arbeidet man står i, men en ønsker også å få denne kompetansen for å muliggjøre karrieremessige endringer. Dermed er det ikke overraskende at en del har gått over i andre stillinger eller fått andre oppgaver.

Svarene på spørsmålet om deltakerne har fått anvendt kunnskapen de tilegnet seg på Helomplan samstemmer godt med resultatene vi viste i kapittel 4 om helse i plan. Der var konklusjonen at folkehelse/helse er inne som målsettinger i planene i majoriteten av kommunene. Slik var det i 2012/2013, og slik er det i noe sterkere grad i 2015. En større andel av Helomplan- kommunene hadde fokus på folkehelse/helse i planleggingen sin enn kommuner for øvrig (Helgesen og Hofstad 2012, Schou et al 2014). Dermed var de allerede spesielt interessert i å få til en slik kobling. Det vi kan si, er at interessen ikke er svekket over tid og at det er grunn til å tro, på bakgrunn av resultatene vist over, at dette delvis skyldes deltakelsen på Helomplan.

Imidlertid er det slik at det å omtale folkehelse/helse i planer er den lavest hengende frukten når det gjelder å integrere folkehelse/helse og plan. Vi ser at den faktiske innflytelsen i form av å integrere kunnskap om helsetilstand og påvirkningsfaktorer er langt mer utfordrende. Men en effekt av Helomplan – slik våre informanter opplever det- (se kapittel 4.3) er at de er bedre i stand til å delta i planprosesser og kunne stille krav med større grad av legitimitet. Og at dette har blitt enklere over tid. Imidlertid vil den virkelige effekten av dette vise seg først i løpet av den kommunestyreperioden vi er inne i nå.

Lokalvalget høsten 2015 setter startskuddet for revidering av planstrategi og kommuneplan. Det blir spennende å se om oversiktsarbeidet har den effekten på de endelige plandokumentene som folkehelseloven legger opp til. De aktive premissgiverne og myndighetene involvert i denne politikken, som KS, helsedirektoratet eller Kommunal- og moderniseringsdepartementet, bør sørge for at det utføres forskning som belyser hvorvidt en slik integrering mellom oversiktsarbeidet og planleggingen finner sted. Under skal vi se nærmere på utfordringer for slik integrering. Som handler om å skape samstyring samt idemessig og organisasjonsmessig innovasjon. I tillegg vil vi komme inn på faktorer som er viktige for å skape slike endringer.

7.3 Har Helomplan bidratt til samstyring- og innovasjon?

Spørsmålet vi stiller i dette delkapitlet er hvorvidt Helomplan har bidratt til utvikling av nye samhandlingsmønstre og organisatoriske løsninger på tvers av kommunen. Vi starter igjen med spørsmålet fra 2015-surveyen; *Har du fått brukt kunnskapen du tilegnet deg på Helomplan i arbeidet ditt?* Av de tre endringsprosessene – oversettelse, samfunnsutvikling og samstyring/innovasjon- som vi undersøker Helomplans innvirkning på er det den siste, samstyring og innovasjon, som i minst grad trekkes fram av respondentene. Først og fremst er de opptatt av at de har fått en tryggere kunnskapsbase og en bedre forståelse for folkehelse og for planlegging. For noen har det gjort at de i større grad kommer i inngrep med planleggingen i kommunen. Og nettopp det er jo en form for samstyring – innrullering av folkehelse-/helsefolk er et uttrykk for et nytt samhandlingsmønster. Noe som understøttes av resultatene som viser deltakernes samarbeidsmønster. Andelen respondenter i surveyen som har daglig/ukentlig kontakt med samfunnsplanleggeren i kommunen har økt i løpet av perioden. Likevel synes det å være et stykke igjen før en tett integrering mellom folkehelse/helse og planlegging er et faktum.

I kapittel 4 identifiseres det fire utfordringer for tettere integrering mellom folkehelse/helse og planlegging:

- Organisatoriske barrierer

- Langsiktig lederskap
- Tilstrekkelige ressurser
- Folkehelsebegrepets bredde

En nøkkel for å overkomme disse barrierene, ifølge informantene, er forståelse for folkehelse/helse-implikasjonene av de ulike virksomhetenes aktiviteter og ikke minst hvordan planlegging kan bidra til å fremme folkehelse/helse på tvers av organisasjonen. Erfaringen til deltakerne på Helomplan er at dersom flere fra kommunen/fylkeskommunen deltar på Helomplan øker det sannsynligheten for å lykkes med å skape forståelse og handling på tvers av organisasjonen (se kapittel 5).

I et innovasjonsperspektiv kan effekten av Helomplan beskrives som en form for idemessig innovasjon hvor potensialet for organisasjonsmessig innovasjon øker i form av at nye samarbeidsmønstre og organisasjonsformer etableres. Heartley (2005:28) identifiserer ulike former for innovasjon med relevans for offentlig sektor, nemlig:

- Retorisk innovasjon – utvikling av nytt språk og nye begreper
- Prosessinnovasjon - nye måter å designe organisasjonsprosesser på
- Strategisk innovasjon – utvikling av nye målsettinger eller formål

I Helomplans tilfelle har vi sett at deltakerne har tilegnet seg et planspråk som gjør det lettere å vinne innpass på planleggingsarenaen, samtidig som de anvender begrepene og språket i sin egen sektor og blir det de selv har omtalt som et «gnagsår» eller fungerer som en «påminnelsesagent». Og her ligger det en kime til innovasjon. De introduserer nye begreper i sin egen virksomhet som kan bidra til å utvikle hvordan denne virksomheten ser på egne aktiviteter og egen funksjon i organisasjonen på. Denne formen for *retorisk innovasjon* er det klareste resultatet av deltakelse på Helomplan. Samtidig kan deltakernes økte engasjement i planlegging sees på som en form for *prosessinnovasjon*. Inkludering av folkehelse-/helsefolk er en ny

måte å designe organisasjonsprosesser på. Samtidig har vi også sett at folkehelse/helse omtales som et mål for planleggingen i majoriteten av kommunene som har sendt medarbeidere på Helomplan. Altså en form for *strategisk innovasjon*. Imidlertid kan dette i liten grad sees som et utslag av Helomplan (for mer om dette, se kapittel 4), selv om stabiliteten i perspektivet over tid kan ha blitt påvirket positivt av Helomplan-deltakelsen.

Samtidig signaliserer flere deltakere på Helomplan at de kunne ha tenkt seg at utdanningen gikk enda mer inn på hva det vi her har kalt prosessinnovasjon er i praksis. De opplever at de lærer det teoretiske fundamentet for slike prosesser, men ikke hvordan man faktisk går fram. En av våre informanter er særlig tydelig på dette:

«... jeg er litt kritisk til Helomplan. Du får litt, men ikke hele planleggingen. Prosessledelse-kurset (LUK) er bedre. Der fikk jeg brukt teoriene jeg hadde lært. Kurset [Helomplan] er veldig teoretisk, jeg ventet på at en skulle komme til poenget (...)
Prosesskompetanse og nettverksledelse er viktig.

Slik deltakerne opplever det, hadde altså grunnlaget for prosessinnovasjon vært bedre om Helomplan hadde gått tettere på det å designe organisasjonsprosesser.

7.4 Konklusjon

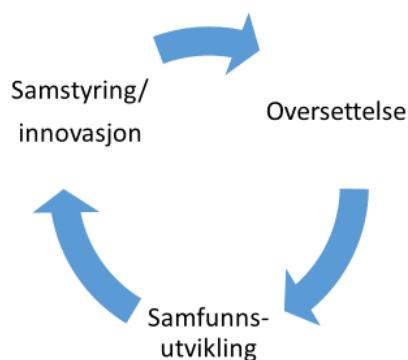
Diskusjonen omkring Helomplans ringvirkninger reiser spørsmål om kommunene og fylkeskommunene har tilstrekkelig bevissthet om hva Helomplan-deltakelsen skal lede til. Hva er det å sende en medarbeider til Helomplan en del av? Har de en strategi for hvordan organisasjonen skal nyttiggjøre seg kunnskapen? En informant i en kommune uttrykker det slik:

Det jeg etterlyser er et system for å fange opp den kunnskapsoppbyggingen som skjer. Når vi sender folk ut, så er det jo for å oppnå noe. Vi er flinke til å komme på hoppkanten men ikke så gode på nedslaget. Hvis vi ikke følger det opp hjelper det ikke å ha ryggsekken full av vitnemål (deltaker, kommune).

Spørsmålet er om organisasjonene som sender en eller flere av sine medarbeidere til Helomplan burde vært pålagt å beskrive hvordan kunnskapsoppbyggingen skal brukes i organisasjonen underveis og i etterkant av at etter-/videreutdanningen er avsluttet. I tillegg burde det å sende flere ansatte på Helomplan telle positivt ved opptaket. Nå har man så langt ikke vært nødt til å avvise studenter. Imidlertid burde betydningen av at man går flere sammen, gjerne fra ulike virksomheter/enheter vektlegges sterkere i informasjonsmateriellet til Helomplan.

Når flere tar utdanningen samtidig sikrer man at den samme kunnskapen finnes på flere steder i organisasjonen. Oversettelse i form av forståelse og kontekstualisering av folkehelse/helseperspektivet og hvilke implikasjoner det har for organisasjonen legger grunnlaget for samfunnsutvikling og samstyring/innovasjon. Således er ringen på et vis sluttet. Oversettelsen må ligge i bunnen for at de to andre prosessene skal komme i gang, imidlertid vil samfunnsutviklingen og samstyringen igjen bringe inn nye forståelser og oversettelser slik at det blir en gjentakende prosess. Figuren under illustrerer dette poenget.

Figur 7.1 *Sammenhengen mellom kjerneutfordringene*



Helomplans viktigste bidrag er å sette i gang denne prosessen. Deltakerne opplever at de har fått en sterkere bevissthet, trygghet og legitimitet som gjør det lettere for dem å ta initiativ. Ikke minst i forhold til planlegging. Om positive feedbackmekanismer etableres

ved at organisasjonen i større grad fokuserer på samfunnsutvikling og samstyring avhenger av de fire utfordringene nevnt over.

Litteratur

- Bagge, C.M. (2016): *Kommuneplanens samfunnsdel som forankringsredskap i lokalt folkehelsearbeid. Case-studie av en planprosess i en norsk kommune*. Masteroppgave til Institutt for landskapsplanlegging, Norges miljø- og biovitenskapelige universitet.
- Hanssen, G.S. og Helgesen, M.K. (2012): *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?* NIBR-rapport; 2012:26. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hartley, J. (2005): *Innovation in Governance and Public Services: Past and Present*, Public Money & Management: 27-34.
- Helgesen mfl (2016): *Rekruttering og kompetansebeving i kommunal helse og omsorg. Sluttrapport fra evalueringen av Kompetanseløftet 2015*. Samarbeidsrapport NIBR/NIFU. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M.K. og Hofstad, H. (2012): *Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering – En baselineundersøkelse*. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M. mfl. (2014): *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. (2011): *Healthy urban planning: ambitions, practices and prospects in a Norwegian context*. Planning Theory & Practice 12(3), 387-406.
- Hofstad, H. (2013): *Håndtering av wicked problems i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettinger om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser*. PHd-avhandling. Institutt for statsvitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo.

- Hofstad, H. (2014): *Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger*. Vedlegg 1 i Helsedirektoratet (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport 1S 2204
- Kommunehelsetjensteloven.1987. (tillegg). § 1.4 a.
- Hofstad, H. (2016): *The ambition of Health in All Policies in Norway: The role of political leadership and bureaucratic change*, Health Policy 120 (2016) 567–575.
- Hofstad, H. og Helgesen, M.K. (2013): *Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) – KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging, delrapport 1*. NIBR-rapport 2013:18. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. og Helgesen, M.K. (2014): *Følgeevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS' etter- og videreutdanningsprogram for helse og planlegging. Delrapport 2*. NIBR-rapport 2014:18. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Hofstad, H. og Hanssen, G.S. (2015) *Samfunnsutviklerrollen til regionalt folkevalgt nivå. Videreutvikling av rollen gjennom partnerskapsbasert regional utvikling og planlegging*. NIBR-rapport 2015:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Indset, M., Klausen, J.E., Møller, G., Smith, E. og H. Zeiner 2012. *Likeverdighet mellom stat og kommunesektor*. Samarbeidsrapport NIBR/Telemarkforskning. ISBN 978-82-7071-937-2.
- Ouff, S.M., Bergem, R., Aarflot, U., Hanche-Olsen, M., Vestby, G.M.; Hofstad, H. og Helgesen, M.K. (2010): *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan: Sluttrapport*. Volda: Møreforskning 2010. (Rapport nr. 7).
- Rittel, H.W.J og Webber, M.M (1973): *Dilemmas in a General Theory of Planning*. Policy Sciences (4), 155-169.
- Røvik, K.A. (2007): *Trender og translasjoner - Ideer som former det 21. århundrets organisasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Schou, A., Helgesen, M.K. og Hofstad, H. (2014): *Samhandlingsreformens effekt på kommunene som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på*

innvandrerrike kommuner. NIBR-rapport 2014:21. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Kleven, T. (2010): *Fra gjenreisning til samfunnsplanlegging – norske kommuneplanlegging 1965-2005*, Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015): *Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging*. Vedtatt ved kongelig resolusjon 12. juni 2015.

Kooiman, J. (red.) (1993): *Modern Governance: New Government-Society Interactions*. London: Sage.

Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (2011): LOV-2011-06-24-29.

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (2011): LOV-2011-06-24-30, Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld St. 16 (2010-2011): Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011–2015). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld St. 14 (2012-2013): Kompetanse for en ny tid. Oslo: Forsvarsdepartementet.

Meld St. 34 (2012-13): Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld St. 19 (2014-2015): Folkehelsemeldingen - Mestring og muligheter. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Miljøverndepartementet (2011): Nasjonale forventninger til regional og kommunal planlegging - i medhold av § 6-1 i plan- og bygningsloven.

Plan- og bygningsloven (2008): LOV-2008-06-27-71, Kommunal- og moderniseringsdepartementet.

Prop 90L 2010-2011): Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) (helse- og omsorgsdepartementet).

Prop 91 L (2010-2011): Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven).

Schou og Hofstad (2015): Sluttrapportering prosjekt 229628. *Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør*

-
- Spesialisthelsetjenesteloven (2015): LOV-2015-12-18-121, Helse- og omsorgsdepartementet.
- St. meld 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- St. meld 20 (2006-2007): Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- St.meld 47 (2008-2009): Samhandlingsreformen — Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- van Bueren, E.M, Klijn, E-H., Koppenjan, J.F.M. (2003): *”Dealing with wicked problems in networks: Analyzing an environmental debate from a network perspective”*, Journal of Public Administration Research and Theory, 13-2, 193-212.
- WHO (1986): Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion. Ottawa, 21 November 1986. Geneva: World Health Organization.