

Arild Schou
Marit K. Helgesen
Hege Hofstad

Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør

En nasjonal oversikt over status i kommuner
to år etter reformoppstart med et spesielt
blikk på innvandrerrike kommuner



NIBR

Norsk institutt for by- og regionforskning

Samhandlingsreformens
effekt på kommunen som
helsefremmende og
sykdomsforebyggende aktør

Andre publikasjoner fra NIBR:

NIBR-rapport 2014:3	Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner
NIBR-rapport 2014: 16	Bolig og folkehelse - hva er sammenhengen? En litteraturstudie
NIBR-rapport 2014: 18	Følgerevaluering av Helse og Omsorg i Plan (HELOMPLAN) - KS'etterogvidereutdanningsprogram for helse ogplanlegging. Delrapport 2
NIBR-rapport 2014: 23	Tilnærminger, modeller og verktøy i folkehelsearbeidet. En kunnskapsoppsummering.

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

Arild Schou
Marit K. Helgesen
Hege Hofstad

Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør

En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner.

NIBR-rapport 2014:21

Tittel: **Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør**
En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner

Forfatter: Arild Schou, Marit K. Helgesen, Hege Hofstad

NIBR-rapport: 2014:21

ISSN: 1502-9794

ISBN: 978-82-8309-043-7

Prosjektnummer: 3156

Prosjektnavn: Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør

Oppdragsgiver: Norges Forskningsråd

Prosjektleder: Arild Schou

Referat: Dette prosjektet gjør opp status for kommunenes helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid to år etter reformoppstart. Prosjektet fokuseres på tre dimensjoner ved arbeidet. For de første, hva slags forståelse av folkehelse som har nedfelt seg blant kommunenes ansatte? For det andre hvordan folkehelsearbeidet organiseres, koordineres og hvilke samarbeidsrelasjoner som utvikles. For det tredje hvilken type tiltak som implementeres. Noen sykdommer er spesielt utbredt blant deler av innvandrerbefolkningen og prosjektet vil ha et spesielt fokus på innvandrerrike kommuner.

Sammendrag: Norsk og engelsk

Dato: desember 2014

Antall sider:

Pris: kr 250,-

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

Vår hjemmeside: <http://www.nibr.no>
Trykk: X-ide
Org. nr. NO 970205284 MVA
© NIBR 2014

Forord

Våren 2013 fikk Norsk Institutt for by- og regionforskning (NIBR) et oppdrag (pr. nr. 229628) fra Forskningsrådet under programmet Evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM). Det går ut på å gjennomføre en forskningsevaluering av effekten av reformen på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør – med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner.

Evalueringen, som går over tre år, har så langt kartlagt status for folkehelsearbeidet våren 2014 – dvs. to år etter reformstart. Den foreliggende rapporten, som er en midtveisrapportering til EVASAMs styringsgruppe, tar utgangspunkt i svarene fra et spørreskjema som ble sendt til alle norske kommuner pluss alle bydeler i Oslo i mars. I rapporten diskuterer forfatterne effekten av de reformspesifikke styringssignalene ved å sammenholde svarene med funnene i en tilsvarende undersøkelse om ble gjennomført av NIBR i 2011.

NIBR retter en stor takk til alle kommuner som har svart på spørreskjemaet og takker samtidig alle de enkeltpersonene som har kommet med nyttige innspill til utformingen av skjemaet, særlig våre kontakter i Helsedirektoratet.

Alt arbeid knyttet til prosjektet og rapporten har vært delt mellom NIBR og Høyskolen i Buskerud og Vestfold (HBV).

Oslo, desember 2014

Hilde Lorentzen

Instituttssjef

Innhold

Forord	1
Figuroversikt	6
Sammendrag	7
Summary	11
1 Innledning.....	15
1.1 Bakgrunn og problemstillinger.....	15
1.2 Analytisk rammeverk.....	18
1.2.1 Forskningsspørsmål og hypoteser	19
1.2.2 Samhandlingsreformen og den norske folkehelsepolitikken	21
1.2.3 Begreper	22
1.3 Dynamikken i det systematiske folkehelsearbeidet	23
1.4 Metode, evalueringsdesign og datatilfang.....	26
1.4.1 Metodiske aspekter ved spørreundersøkelsen	27
1.4.2 Hvordan operasjonaliseres 'innvandrerrike kommuner'?	29
1.4.3 Evalueringsdesign	30
1.5 Gangen i rapporten.....	30
2 Nytt fokus i kommunens folkehelsearbeid som følge av reformen	32
2.1 Endret fokus	33
2.2 Forebyggende og helsefremmende tiltak som er utviklet	34
2.3 Hvordan kombinere økt behandling og kortidsforebygging med det langsiktige og brede folkehelsearbeidet.....	37
2.4 Oppsummering	39
3 Organisatoriske ressurser	41
3.1 Oversiktsarbeidet og planprosesser.....	41
3.2 Folkehelsekoordinatoren	44
3.2.1 Koordinatorens plassering.....	45

3.3	Tverrsektoriell koordinering av folkehelsearbeidet....	49
3.4	Økonomiske ressurser.....	51
3.5	Hovedprioritet i folkehelsearbeidet.....	52
3.6	Oppsummering	53
4	Sosial ulikhet i helse og folkehelsearbeidet i innvandrerrike kommuner	54
4.1	Sosial ulikhet i helse - den etniske dimensjonen.....	54
4.2	Undersøkelsen og sosial ulikhet i helse, generelt.....	56
4.3	Undersøkelsen og innvandrerrike kommuner: mer trykk på folkehelsearbeidet enn ellers	57
4.4	Universelle og spesielle tiltak.....	59
4.5	Kompetansebygging	62
4.6	Koordinering	62
4.7	Oppsummering	63
5	Hvilke endringer kan tilskrives reformagendaen?.....	65
5.1	Nye forståelsesformer, organisatoriske endringer og tiltak.....	65
5.2	Noen foreløpige refleksjoner rundt den kommunale medfinansieringsordningen	66
	Litteratur	69
	Vedlegg 1 Spørreskjema til kommuner og bydeler	74
	Vedlegg 2 Oversikt over innvandrerrike kommuner.....	76

Tabelloversikt

Tabell 1.1	Folkehelsearbeid; aktører og virkemidler i på ulike forvaltningsnivåer	18
Tabell 2.1	Respondentenes utdypninger av måten fokuset i kommunens folkehelsearbeid har endret seg etter at reformen trådte i kraft.....	34
Tabell 2.2	Konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. Flere svaralternativer er mulig. Prosentandeler (absolutte tall i parentes).....	35
Tabell 2.3	Konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. Flere svaralternativer er mulig. Prosentandeler (absolutte tall i parentes).....	36
Tabell 2.4	Respondentenes utdypninger av hovedutfordringer med å kombinere behandling med forebygging, antall respondenter innen hver utdypingstypologi.....	38
Tabell 3.1	Kommuner med oversikt over helsetilstanden i kommunen (i prosent).....	41
Tabell 3.2	Andel kommuner som har fulgt opp oversikten med handling. N=109, Prosent, hele tall i parentes, flere svar mulig	43
Tabell 3.3	Andel kommuner som har folkehelsekoordinator, utvikling fra 2008-2014 (i prosent).	44
Tabell 3.4	Andel kommuner med ulik stillingsprosent for folkehelsekoordinator. Prosent, hele tall i parentes. ..	45
Tabell 3.5	Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder. Tall fra 2011 og 2014. Prosent, hele tall i parentes.	46
Tabell 3.6	Andre arbeidsoppgaver – administrative. Prosent, hele tall i parentes. N= 2011:228, 2014:214 og mulig å sette flere kryss	46
Tabell 3.7	Andre arbeidsoppgaver – brukerrettede. Prosent, hele tall i parentes. N= 2011:208, 2014:166	47

Tabell 3.8	Andel kommuner i 2014 der ulike enheter deltar i tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. N= 176.....	50
Tabell 3.9	Hovedprioritet i folkehelse- og forebyggingsarbeid. I prosent, hele tall i parentes, N=282	52
Tabell 4.1	Spesielt fokus på forebygging og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen. Prosentandeler (absolutte tall i parentes).....	56
Tabell 4.2	På hvilke områder er fordelingshensyn prioritert i kommunen Prosentandeler (absolutte tall i parentes). Kan krysse av for flere svar.....	57
Tabell 4.3	Antall kommuner som har svart ja på nøkkelvariable i undersøkelsen fordelt på henholdsvis innvandrerfattige og innvandrerrike kommuner. Prosent, hele tall i parentes, N varierer noe for hvert enkelt spørsmål.	58
Tabell 4.4	Antall kommuner/bydeler som har innført spesielle tiltak overfor innvandrere. Flere svaralternativer er mulig. Absolutte tall	61
Tabell 4.5	Antall kommuner som har stryket de ansattes kompetanse for bedre å kunne ivareta innvandrerbefolkningens helse. Flere svaralternativer er mulig. Absolutte tall.	62

Figuroversikt

Figur 1.1	Helseårsakskjeden	24
Figur 1.2	Helsens påvirkningsfaktorer.....	25
Figur 1.3	Det systematiske folkehelsearbeidet.....	26
Figur 1.4	Sammenheng i kommunal styring og iverksetting av helsefremmende og forebyggende tiltak.....	30

Sammendrag

Arild Schou, Marit K. Helgesen, Hege Hofstad

Samhandlingsreformens effekt på kommunen som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør

NIBR-rapport 2014:21

Innledning

Denne rapporten handler om i hvilken grad reformens styringssignaler om en dreining mot mer sykdomsforebygging og helsefremming har materialisert seg i ulike former for endring i kommunene, enten i form av *nye organisasjonsformer* eller *nye enkelttiltak*. Begge disse endringene forutsetter i sin natur *nye forståelsesformer*. Studien har et spesielt fokus på forskjellen på innvandrerrike og innvandrerfattige kommuner.

For å kunne identifisere effekter av reformer er man innenfor samfunnsvitenskapelig forskning avhengig av enten å operere med kontrollcase eller å ha gode tidsseriedata. Siden Samhandlingsreformen er implementert i alle norske kommuner, er analyse av tidsseriedata i dette tilfellet det eneste tilgjengelige metodegrepet. NIBR gjennomførte i 2011 en landsdekkende undersøkelse av folkehelsearbeidet i norske kommuner og repeterte, som en del av den pågående evalueringen, mange av spørsmålene i en undersøkelse våren 2014. Data fra disse to undersøkelsene danner utgangspunktet for funnene når det gjelder nye organisasjonsformer. Funnene på dette området må derfor betraktes som relativt robuste når det gjelder analyser av de spesifikke endringer som kan tilskrives reformens styringssignaler. Når det gjelder tiltak og forståelsesformer, derimot, baserer teamet seg utelukkende på funn fra 2014-undersøkelsen.

Begge undersøkelsene kan vise til relativt høy svarprosent, henholdsvis 57 og 61 prosent. I tillegg har vi i begge undersøkelser godtgjort at utvalget reflekterer sammensetningen av norske

kommuner langs sentrale dimensjoner, nemlig geografisk størrelse og innbyggertall.

Økt tverrsektorielle forståelse for viktigheten av folkehelsearbeid

Folkehelsearbeidet i norske kommuner har tradisjonelt sett vært forankret i kommunens helsesektor. Respondentene i undersøkelsen rapporterer både om en tverrsektoriell dreining i kommunens folkehelsearbeid etter reformstart – arbeidet har beveget seg ut av helsefeltet - og at viktigheten av slikt arbeid har trengt dypere inn i den kommunale organisasjonen. Illustrerende for dette funnet er følgende utdyperinger fra respondentene selv: 'fokuset i folkehelsearbeidet har blitt mer helhetlig', 'arbeidet har fått større legitimitet både politisk og administrativt', 'bevisstheten om hva folkehelse er har økt og har etter hvert blitt mer synlig i den daglige driften' og 'kommunal medfinansiering har gjort det mer synlig at forebygging lønner seg'.

Folkehelsearbeidet er mer strategisk forankret

Tidsseriedataene viser at arbeidet har blitt noe mer strategisk forankret etter reformstart. Det er rimelig å anta at jo høyere opp i beslutningshierarkiet folkehelsekoordinatoren er plassert, desto sterkere gjennomslag vil arbeidet kunne få. Våre data viser at folkehelsekoordinatoren i mindre grad enn før reformstart har helsesjef eller kommunelege som nærmeste leder og i større grad har plansjefen som leder. Dessuten er det en svak tendens til at vedkommende har mer tid til folkehelsearbeid. Det faktum at en større andel av kommunene også har ansatt folkehelsekoordinator etter reformstart, styrker også inntrykket av at koordinatoren har blitt en viktigere aktør. Dette understøttes også av de kvalitative dataene i studien; i de åpne spørsmålene i undersøkelsen er det mange respondenter som rapporterer at styrkingen av denne posisjonen er et direkte svar på styringssignalene i reformen.

Oversiktsarbeidet har skutt fart

Oversikten over helsetilstanden er grunnleggende for folkehelsearbeidet fordi det utgjør kunnskapsgrunnlaget for planer og tiltak i kommunen. På dette området er det en betydelig endring etter reformstart. Hele 39 prosent (110 stk) av de 309 kommunene som er med i undersøkelsen oppgir at de har utarbeidet oversikt over helsetilstanden og negative og positive påvirkningsfaktorer i

2014, noe som er en økning på 20 prosentpoeng siden 2011. Det er også en svak tendens til at de kommunene som har ansatt folkehelsekoordinator også har mer oversikt over helsetilstanden og dens påvirkningsfaktorer enn andre, noe som kan tyde på at styrkingen av koordinatorrollen siden 2011 kan ha hatt en positiv betydning for den økte satsningen på dette arbeidet.

Når det gjelder den politiske oppfølgingen av oversiktsarbeidet, imidlertid, synes kommunene å være helt i startgropa. Mindre enn en femtedel rapporterer å ha fulgt opp oversikten politisk og administrativt på en måte som har lagt grunnlag for prioriteringer på plansiden eller innenfor relevante sektorer.

Økt fokuset på kortidsforebygging – men i et fåtall kommuner

Omtrent en tredjedel av kommunene rapporterer at hovedprioriteten i det konkrete individrettede arbeidet er å 'forebygge sykdom som på kort sikt kan føre til innleggelse på sykehus.' Dette indikerer at det i disse kommunene er et spesielt fokus på en form for sykdomsforebygging som reduserer kommunens innleggelseskostnader. Funnet kan, isolert sett, betraktes som en indikasjon på at de økonomiske incentivene som ligger innbakt i den kommunale medfinansieringsordningen kan ha hatt en betydning for denne atferden. Dette trengs imidlertid nærmere analyser for å, mer presist, isolere den spesifikke effekten av denne ordningen.

Innvandrerrike kommuner er blant de med størst folkehelsepress

Teamet har ikke tilgang på tidsseriedata når det gjelder etnisitet. Tallene fra 2014, imidlertid, viser at hele 109 kommuner har et spesielt fokus på sykdomsforebygging og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen. Videre er det slik at de 21 mest innvandrerrike kommunene er blant de som har mest trykk på folkehelsearbeidet etter reformstart. I disse kommunene er arbeidet både godt forankret og oversiktsarbeidet har kommet et stykke på vei.

Viktigste funn

Økningen i antallet kommuner som har gjennomført oversiktsarbeidet er det funnet som i størst grad peker seg ut som

et direkte svar på styringssignalene i reformen. Selv om norske kommuner har jobbet med oversiktsarbeid før reformen ble innført, representerer Folkehelseloven et vendepunkt; iverksettingen av den formaliserer på en helt ny og mer forpliktende måte forventninger om et høyt trykk på oversiktsarbeidet - noe utvikling av egen veileder og forskrift understreker. Et funn som også trekker i samme retning er at hele 75 prosent av kommunene hevder at styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet er et konkret helsefremmende tiltak som er utviklet som en oppfølging av reformen – og at dette tiltaket har høyest score blant slike tiltak.

Et annet viktig funn er at folkehelsearbeid nå har blitt en agenda som gjennomsyrrer større deler av den kommunale organisasjonen. Svarene i de åpne svarkategoriene i undersøkelsen, tyder på at folkehelse har blitt et mer tverrsektorielt anliggende og at viktigheten av slikt arbeid har trengt dypere inn i den kommunale organisasjonen.

Summary

Arild Schou, Marit K. Helgesen and Hege Hofstad

Engelsk tittel: The effect of the Cooperation-reform on municipalities' performance in the field of health promotion and public health

NIBR Report 2014:21

Introduction

This study examines the extent to which the state-led Cooperation Reform has changed the public health priorities in Norwegian Municipalities. The objective of the reform is to push the municipalities in the direction of more focus on prevention and health promotion, which in turn is expected to lead to the establishment of i) new forms of organization or ii) new measures in the field of preventive work. Both these changes presuppose, by nature, new forms of understanding for such work amongst politicians and civil servants. The study has a special focus on the difference between immigrant-rich and immigrant-poor municipalities.

In social sciences there are two fundamental ways in which one can measure effects of a reform; one is the establishment of a control case which is not affected by the reform and the other is to get access to time serial data which enables the researcher to measure the status of implementation at different points in time. Since the Cooperation reform is directed towards all Norwegian municipalities, time series data is the only available method. In 2011 NIBR carried out a nationwide survey on the status of prevention and health promotion at municipal level and in 2014 many of the questions was repeated in a survey which is a part of the ongoing evaluation. Data from these two surveys form the basis for the preliminary findings with regard to new forms of organisations, and the results in must therefore be regarded as

relatively robust when it comes to the analysis of the specific changes that can be attributed to the governing signals associated with the reform. Regarding new measures and new forms of understanding, however, the conclusions are based solely on the findings from the 2014 survey.

Both surveys operate with a relatively high response rate, 57 and 61 per cent - respectively. Moreover, in both studies it is demonstrated that the sample roughly reflects the composition of Norwegian municipalities along key dimensions such as geographic distribution and size.

Increased understanding in all sectors of the importance of public health work

The public health work in Norwegian municipalities has traditionally been anchored in the health sector. The respondents in the survey report both about i) a higher attendance of such work after the start of the reform and ii) that such attendance has been extended to involve actors in other sectors than health. Illustrative of this finding is the following clarifications from the respondents themselves: 'the focus in the public health work has become more holistic ', ' the work has gained greater legitimacy, both politically and administratively ', 'the awareness about what public health work is has increased and has become more visible in the daily operations ' and 'financing of patients by municipalities has made it more visible that prevention pays '.

The public health work is more strategically anchored

The time-series data reveal that the work has become somehow more strategically anchored. It is reasonable to assume that the higher up in the municipality's decision-making hierarchy the coordinator is placed, the stronger impact will the work potentially have. Our data show that the public health coordinator to lesser degree than before the reform reports to the director of health and to a larger degree reports to the director of planning. Moreover, there is a slight tendency that he/she has more time for public health work than before. The fact that a larger proportion of the municipalities have employed public health coordinator also strengthens the impression that the coordinator has become a more important player after the implementation of the reform. This tendency is also supported by the qualitative data in the

survey; in the open question fields many respondents report that the strengthening of this position is a direct response to the reform agenda.

Many municipalities have strengthened their work with getting an overview of the health status of their populations

The municipalities are expected to prepare an overview of the population's health status as a basis for municipal planning and specific health promotion measures. Regarding this work, the team finds a significant change after the reform start. 39 per cent municipalities surveyed (110 out of 309) report that they have prepared an overview of the health status and negative and positive influences, which is an increase of 20 percentage points since 2011. There is also a slight tendency that those municipalities that have employed a public health coordinator also have a higher tendency of preparing an overview than others – which may indicate that the strengthening of the role of coordinator since 2011 may have had a positive impact on the increased focus on this work.

Regarding the political and administrative work associated with the following up of the overviews, however, the municipalities seems to be only starting out. Less than one fifth of them report having followed the outline political and administrative in a manner that has laid the foundation for setting priorities in the municipal plan or within relevant sectors.

Enhanced short-term preventive work – but only in a minority of the municipalities

Approximately one third of municipalities report that the main priority within the field of preventive health is to 'preventing diseases that in the short term may lead to hospitalization.' This indicates that in these municipalities is a special focus on a form of disease prevention that reduces municipal hospitalization costs. The finding could, in isolation, be regarded as an indication that the financial incentives inherent in the municipal co-financing scheme may have had an impact on this behavior. There is, however, a need to carry out further analyses to, more precisely, isolate the specific impact of this scheme.

Immigrant-rich municipalities are among those with the greatest push on public health work.

The team has no access to time-series data on immigrant rich municipalities. The figures from the 2014 survey, however, shows that as much 109 municipalities have a special focus on disease prevention and health promotion measures against immigrants. Moreover, it is so that the 21 most immigrant-rich municipalities are among those who have most pressure on prevention work after the start of the reform. In these municipalities the public health work is well anchored and the work with overview of the health status has gone a little way.

The most significant results of the study

The increase in municipalities that have overview over health condition and positive and negative determinants of health in their municipality constitute a significant percentage change. It's the single most important finding in the survey that can be directly attributed to the state-initiated governing signals associated with the reform. Although Norwegian municipalities have worked with preparing an overview of the health status long before the reform was introduced, the introduction of the Public Health Act in 2012 represented a turning point; it formalised in an entirely new and more binding manner expectations of high municipal pressure on this kind of work. This is illustrated by the fact that the law has been followed up both with a specific guide on how to carry out such work and with a specific regulation related to the act. A result in the survey that also draws in the same direction is the fact that 75 per cent of the respondents report that strengthening the knowledge base for public health work is a concrete measure developed as a follow up of the reform - and this measure has the highest score among such measures.

The reform has also increased the focus on, and the understanding of, public health work throughout the municipal organisation.

1 Innledning

1.1 Bakgrunn og problemstillinger

Samhandlingsreformen innebærer forsterket oppmerksomhet om iverksetting av helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Målet er å skape mer helsefremmende lokalsamfunn, og helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak skal institusjonaliseres i den kommunale organisasjonen. Samtidig har det økende antallet mennesker med innvandrerbakgrunn de senere tiårene skapt nye, og til dels lite belyste, utfordringer (Abebe, 2010). Dette kan legge et ekstra trykk på kommunale helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak i enkelte kommuner. Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR), Høgskolen i Buskerud og Vestfold (HBV) undersøkt om reformen faktisk har gitt et støt for etableringen av slike tiltak ved å spørre:

I hvilken grad nedfeller samhandlingsreformens vektlegging av sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid seg i kommunenes arbeid?

I hvilken grad har innvandrerrike kommuner utviklet folkehelseiltak overfor innvandrerbefolkningen?

På denne måten vil evalueringen undersøke både universelle og gruppespesifikke utfordringer og tiltak.

Samhandlingsreformen har som mål å aktivisere offentlige myndigheter på kommunalt, regionalt og statlig nivå, men også private aktører i form av sivilsamfunnsorganisasjoner og næringsaktører. Et økt trykk på folkehelse i forlengelsen av reformen forutsetter således effektiv koordinering både innen og mellom organisatoriske enheter.

Forvaltningsansvaret for folkehelsearbeidet er delt mellom alle tre nivåene: stat, fylkeskommune og kommune. Kommunene er pålagt

å fremme folkehelse ved å ta i bruk de virkemidlene de har til sin rådighet – for eksempel planlegging, forvaltning og tjenesteyting. Fylkeskommunen skal være en understøtter og pådriver for kommunenes folkehelsearbeid ved å etablere samarbeid med kommunene og andre relevante aktører, bidra med råd, veiledning, tilskudd til kompetansebygging og legge til rette for kommunenes oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer. En rekke statlige myndigheter har hensynet til helse som ett av sine mål eller har ansvar for viktige påvirkningsfaktorer på helse.

Helsedirektoratet er fagorgan på folkehelseområdet i tillegg til å være regelverksforvalter og iverksetter av politikk på området. Direktoratet har også etablert en tilskuddsordning for kommuner som ønsker å søke om særskilte tiltak innen folkehelse. Folkehelseinstituttet har ansvaret for å kartlegge befolkningens helse og å fremskaffe best mulig kunnskap om helsetilstanden og hva som påvirker befolkningens helse. Denne informasjonen fordeles til kommuner i form av folkehelseprofiler (Helsedirektoratet, 2013).

På kommunalt nivå ble det i en tidlig fase etter reformstart observert en del variasjon når det gjelder utviklingen av konkrete tiltak. Enkelte kommuner oppfatter folkehelse som et utfordrende felt fordi kunnskapen om hva som virker er begrenset, tidshorizonten for å avlese resultater er lang og fordi en slik satsing krever en koordinert helhetlig og langsiktig innstas og ikke spredte enkelttiltak (Abelsen et. Al, 2012). Andre oppfatter de økonomiske incentivene til å investere i aktivt folkehelsearbeid som for svake (Helgesen og Schou, 2012).

Spørsmålet er derfor om reformen så langt har skapt det ønskede trykket på folkehelsearbeidet. Er styringssignalene sterke nok? Videre er det grunn til å spørre seg om den foreløpige kjerneaktiviteten i kjølvannet av samhandlingsreformen, nemlig samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommuner om medfinansiering av spesialisthelsetjenesten og kommunalt ansvar for utskrivningsklare pasienter, har gått på bekostning av det sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeidet.

Disse observasjonene danner bakteppet for denne evalueringen. Fortrenger samhandlingsreformen en satsning på folkehelse eller stimulerer den til ytterligere satsning? Spørsmålet er i hvilken grad styringssignalene om en dreining mot forebygging og folkehelse

har materialisert seg i ulike former for endring i kommunene, enten i form av nye *enkeltiltak*, *nye organisasjonsformer* som i sin natur forutsetter *nye forståelsesformer*.

De siste årene har norske myndigheter blitt mer oppmerksomme på sosiale fordelings effekter av offentlig politikk. I folkehelsepolitikken omtales dette som gradientutfordringen – at helsestatus følger sosio-økonomiske skillelinjer i befolkningen slik at de med lengst utdanning og høyest inntekt har bedre helse enn de med lavere inntekt og utdanning. (Helsedirektoratet, 2005 og St.meld 20 2006-2007). Både i befolkningen som helhet og i innvandrergupper varierer sykdomsmønstre individuelt, og det er til dels store helseforskjeller. Innvandrerbefolkningen, for eksempel, er heterogen både når det gjelder årsak til innvandring (arbeid, flukt, familie og utdanningsrelatert) og generasjon (innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre) og landbakgrunn. Og selv om særlig ikke-vestlige innvandrere scorer lavt på noen positive helsedeterminanter, tyder det på at det er variasjon i helsetilstanden mellom landbakgrunnsgrupper som ikke samsvarer med deres relative sosioøkonomiske status og forklaringer må søkes i språk og kultur (Helsedirektoratet, 2009). Videre finnes det overhyppighet av Diabetes-2 bland grupper som delvis også kan skyldes genetiske disposisjoner (Diabetesforbundet, 2014).

Det finnes dokumenterte helseforskjeller mellom deler av innvandrerbefolkningen og befolkningen for øvrig. Statistikken, som ikke er alderskorrigert, viser at for Diabetes 2, stoffskiftesykdom (som blant annet referer til høyt kolesterol), angina pectoris og hjerteinfarkt, kommer følgende grupper særlig dårlig ut; Sri Lanka, Pakistan, Irak, Iran, Vietnam og Tyrkia (SSB 2006). Denne studien har et spesielt fokus på kommuner som har høy andel lengeboende innvandrere fra disse landene. Disse kommunene blir betegnet som innvandrerrike kommuner.

Tabell 1.1 presenterer aktører og mulige virkemidler – både generelle og spesielle – som vil belyses i evalueringen.

Tabell 1.1 *Folkehelsearbeid; aktører og virkemidler i på ulike forvaltningsnivåer*

AKTØR	UNIVERSELLE VIRKEMIDLER	GRUPPESPESIFIKE VIRKEMIDLER
Statlig nivå		
Helsedirektoratet, Folkehelse instituttet og andre	Rettslige, faglige og organisatoriske virkemidler	Statistikkproduksjon, tilskudd til prosjekter til forebyggende helsearbeid
Fylkesnivået		
Fylkesmannens helseavdeling Fylkeskommunen Folkehelsekoordinator	Råd og veiledning, stimuleringsmidler og kompetansebygging	Direkte kontakt med enkeltkommuner, erfaringsnettverk, partnerskap, samarbeidsavtaler etc.
Kommunalt nivå		
Politisk nivå		
Helse og omsorg: Kommunelegen Fastlegen Hjemmetjenesten Helsestasjon? Spesialsykepleiere	Forankring og beslutningsfetting	Gjennomføres organisasjonsendringer?
Samarbeidende sektorer/enheter	Oversikt over helsetilstanden for kommunens befolkning, folkehelsekoordinator, helsefremmende tiltak, lavterskeltilbud	Sykdomsforebyggende tiltak: Informasjon, veiledning, frisklivs sentraler, tiltak for befolkningen som helhet, tiltak for spesifikke grupper, minoritets-helsekoordinator
	Kommuneplanen; er folkehelse integrert i plansystemet?	Hvilke konkrete folkehelse tiltak (mot majoritet og minoritet) er foreslått/arbeides det med?
Frivillig sektor: Røde kors, Rådet for folkehelse, innvandrersorganisasjoner	Aktivering av og assistanse til befolkningen, fokus på grupper som kommunen ikke typisk fanger opp	Spesielt fokus på innvandrere

1.2 Analytisk rammeverk

Analytisk er evalueringen forankret i nyere statsvitenskaplig styringsteori. Denne tar utgangspunkt i at offentlig styring i vestlige samfunn har blitt mer sammensatt de siste tiårene. På den ene siden har det skjedd en utvikling fra hierarki (statlig styring) som styringsmodell, via det vi kaller oppdragsstyring basert i New Public Management, til en nettverksorientert samstyringsmodell (Røiseland og Vabo, 2008). På den andre siden er det mulig å si at disse tre styringsmodellene eksisterer side om side og er i bruk samtidig (Osborne, 2010). Resultatet i begge tilfeller er økt kompleksitet i offentlig styring. Styringsvirkemidlene i reformen vil

være ulikt framtreddende i henhold til de tre modellene for styring av kommunal virksomhet. Folkehelsearbeidet i kommunene har elementer fra alle tre styringsformene. Folkehelseloven og tilsynet som fylkesmannen utfører etter loven er eksempler på hierarkisk styring. Incentivstrukturen knyttet til medfinansiering og utskriving er et NPM-grep og kommunenes koordineringsatferd – med andre kommuner, den interne koordineringen mellom kommunale etater og samarbeidet med frivillig sektor – er en typisk samstyringsform. Trolig ligger utfordringen i det kommunale folkehelsearbeidet i å utvikle nettverkstyringen. Vi har en generell hypotese om at NPM-grepene muligens ikke gir sterke nok signaler for et økt trykk på folkehelse.

Evalueringen er også forankret i ny-institusjonell teori. Her er det vanlig å snakke om institusjoner ikke bare som noe fysisk slik som organiseringen av virksomhetene i en kommune er et eksempel på (Scott, 1995). En er også opptatt av hvilke normer og kognitive forståelser som eksisterer og hvordan og i hvilken grad disse nedfeller seg i rutiner og prosedyrer (Schmidt, 2010 og Hajer, 1995). I tråd med dette perspektivet vil vi under Modul I studere de forståelsesformer om organisering av, og tiltak i, folkehelsearbeidet som er fremtredene og i hvilken grad de er relatert til Samhandlingsreformen. Nøkkelinformantenes persepsjoner vil danne datagrunnlaget.

1.2.1 Forskningsspørsmål og hypoteser

I prosjektet arbeider vi med to moduler som hver på sin måte skal belyse de nye rollene kommunene etablerer for å iverksette Samhandlingsreformens helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. Den første modulen retter seg mot nye organisasjonsformer, og den andre mot hva som skjer med organisasjon og tiltak i innvandrerrike kommuner. I begge modulene er datatilfanget en survey til alle norske kommuner og casestudier. I modul 1 analyserer vi denne surveyen mot eksisterende data. I modul 2 bruker vi surveydata fra de 21 mest innvandrerrike kommunene. Data fra casestudiene brukes i begge modulene.

Modul 1: Samhandlingsreformens effekt på organisering av folkehelsefeltet

I rollen som lokal iverksetter av reformen er kommunene tiltenkt rollen som oversetter og tilpasser av den statlig utviklede politikken til sin lokale kontekst og den situasjonen de er i mht. størrelse og økonomi (administrative kapasitet), organisasjon, kompetanse, planer for kommunal utvikling og prioriterte tiltak, politisk farge, andelen innbyggere som tilhører ulike grupper og andre relevante faktorer. Dette innebærer at grunnlaget for å forankre eventuelt nye helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak politisk og administrativt, kan variere mellom kommuner. Det har likevel vært en enhet eller avdeling for helse som ofte har hatt det meste av ansvaret (Fosse, 2007), mens andre tjenesteområder i kommunen, som også arbeider helsefremmende, har spilt mindre roller. Dette kan dreie seg om tiltak for å redusere frafall fra skole eller forankring av tiltak i kommunale planer. Samtidig vil kommunens iverksettelsesvilje og -evne være avhengig av de relasjonene som etableres med helseforetak om inn- og utskrivning av pasienter, med fylkeskommuner, fylkesmenn, andre kommuner og aktører i markedet og sivilsamfunnet. Nettverkstyringssignalene kan virke ulikt i små og store kommuner og vi har en hypotese om at nærheten til brukerne og nærheten mellom de administrative enhetene, medfører at små kommuner lettere kan finne nye innovative løsninger enn store kommuner. Forskingsspørsmål:

- Har kommunene reorganisert eller etablert nye organisatoriske enheter for å gjennomføre helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak og i hvilken grad er de etablert i samarbeid med fylkeskommunen, fylkesmannen eller helseforetak?
- Har kommunen inngått avtaler med andre kommuner, private aktører eller aktører fra sivilsamfunnet om å tilby tiltak? Evt. om hva og hvilke tiltak er avtalen inngått?
- Er helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak konsentrert til helse- og omsorg? Evt. hvilke andre kommunale enheter bidrar til tiltakene, og hva bidrar de med?

Modul 2: Samhandlingsreformens effekter på organisering og tiltak som utvikles i innvandrerrike kommuner

Andelen innbyggere med innvandrerbakgrunn varierer mye mellom kommuner, og hvis en kommune har store grupper av innbyggere med slik bakgrunn inngår dette i kommunenes kontekst for å fatte beslutning om, forankre og iverksette folkehelseiltak. I bydel Søndre Nordstrand er det for eksempel etablert et prosjekt som heter InnvadDiab som er et samarbeidsprosjekt mellom Universitet i Oslo og bydelen, for å redusere utviklingen av Diabetes-2 hos pakistanske kvinner. Modulen vil fokusere på om reformen har gitt støtet til tilsvarende tiltak i andre kommuner, og i så fall hvilke. Vi har derfor valgt ut 21 kommuner som har stor andel innvandrere og det vil følgelig være mulig å fokusere på nye organisasjonsformer og tiltak som er spesielt rettet mot dem. Innvandrerandelen i disse kommunene varierer betraktelig. Vi har derfor en hypotese om at i de kommunene med høy andel innvandrere vil deres sykdomsbilde og interaksjon med kommunen slå ut i større kommunal endringsvilje både når det gjelder organisasjon og spesielle tiltak enn i andre kommuner. Forsknings spørsmål i denne modulen vil være de samme som i den første, men vil i tillegg undersøke:

- Er det etablert nye organisasjoner og tiltak som søker å nå innvandrere med *generelle virkemidler*?
- Er det etablert nye organisasjoner og tiltak som søker å nå innvandrere med *spesielle virkemidler*? Eksempler er tolketjeneste, flerspråklig informasjon, innvandrerkvotering av helsearbeidere, og ansatte med spesialkompetanse på 'inter-kulturell coaching' innen folkehelse (WHO, 2010), opplæring av enkeltpersoner som har spesielt høy tillit internt i innvandremiljøer.
- Hva betyr sykdomsbildet, andelen innvandrere og type landbakgrunn blant innvandrerne for eventuelle nyetableringer av tiltak og organisasjoner?

1.2.2 Samhandlingsreformen og den norske folkehelsepolitikken

Norge har lenge før innføringen av Folkehelseloven og Samhandlingsreformen i 2012, ført en politikk som støtter opp om

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

1.2.3 Begreper

Folkehelse er befolkningens helsetilstand og fordeling av helse i befolkningen. Folkehelsearbeid er samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel; forebygger psykisk og somatisk sykdom skade eller lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler; samt arbeider for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (Helsedirektoratet, 2010). Folkehelsearbeid kan også defineres som følger:

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

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

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

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

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

1.3 Dynamikken i det systematiske folkehelsearbeidet

Samhandlingsreformen består av to lover: Helse- og omsorgstjenesteloven og Folkehelseloven. Begge lovene ligger til grunn for helsefremmende og forebyggende arbeid slik det nå utvikler seg i kommunene. Helse- og omsorgstjenesteloven retter seg mot aktiviteter som foregår på helse- og omsorgssektoren, mens folkehelseloven har et bredere perspektiv ved å rette seg mot kommunen som helhet. Folkehelsearbeidet i kommunene styres først og fremst av Folkehelseloven. Loven medfører ikke at kommunene tilføres økonomiske midler til folkehelse tiltak, men St. meld. nr. 47, Samhandlingsreformen, viser til at folkehelse må ses i sammenheng med helse.

Veksten i helse- og omsorgssektorens samlede budsjetter skal komme i form av frie inntekter til kommunene, disse skal brukes til en pliktig medfinansiering for sykehusinnleggelse og andre helsetjenester. Meldingen påpeker videre at ”Innføring av økonomiske incentiver i form av kommunal medfinansiering og fullfinansiering av utskrivingsklare pasienter vil inspirere til å utvikle roller (for kommunene) og løse oppgaver som samsvarer med de helsepolitiske målene” (s. 55). Tanken bak dette er at medfinansieringen skal føre til at kommunene tilrettelegger og organiserer tjenestene på ”beste effektive omsorgsnivå”. Videre at plikten til medfinansiering vil gi prioriteringsvridninger fordi kommunene da ser kostnader til forebygging, behandling, rehabilitering og velferdstap i sammenheng (ibid:102).

Målet om økt forebygging og helsefremming innebærer at kommunene må ha både et påvirkningsperspektiv og et sykdomsperspektiv på sin politikk for å bedre folkehelsen.

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

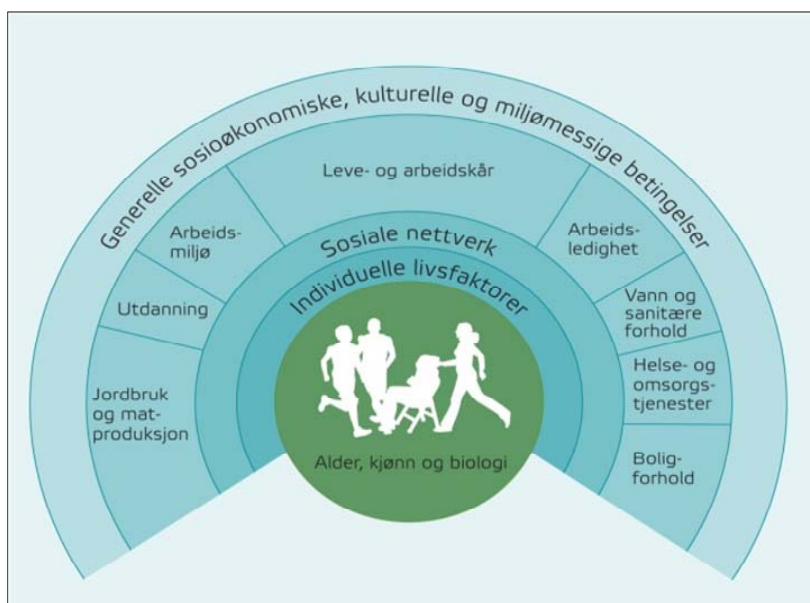
Figur 1.1 *Helseårsakskjeden*



Kilde: St.meld. 20 2006-2007

Når fokuset flyttes bakover i helseårsakskjeden skjer det samtidig et skifte fra helsesektorens kurative virksomhet til andre samfunnsaktørers bidrag til helse og helsens fordeling i befolkningen. Det er imidlertid velkjent at satsninger på folkehelse ikke medfører at det umiddelbart spares inn på budsjettet, og det kan se ut til at det enda ikke er noe grunnlag for at kommunene kan gjennomføre prioriteringsvridninger i retning folkehelse (Abelsen m fl, 2012).

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

Figur 1.2 *Helsens påvirkningsfaktorer*

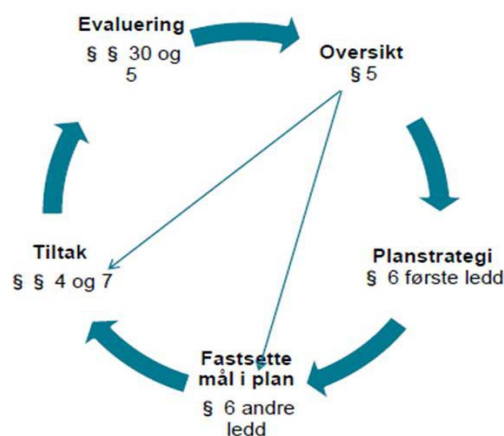
Helsedirektoratet 2013b

Figuren viser hvordan påvirkningsfaktorene for helsen ligger i lag utenpå hverandre. De individuelle levevanefaktorene ligger nærmest individet. Hvilke valg individet velger å gjøre i forhold til fysisk aktivitet, rus, tobakk og kosthold er individuelle og påvirkes av flere faktorer som kan styres politisk. Figuren viser til nettverkene vi inngår i, det inkluderer også de sosiale møteplassene vi deltar på. Den viser også til tilgang til tjenester, arbeid, bolig, utdanning, jordbruk og matproduksjon – til leve- og arbeidsvilkår generelt. I det norske desentraliserte systemet der kommunene både er iverksettelsesaktør for statlig politikk og autonome, demokratiske organisasjoner. Kommuner kan styre kvaliteten i barnehager og skoler, i helsestasjoner og skolehelsetjeneste, samt tjenester til eldre og syke. Dette gjøres ved for eksempel beslutninger om hvor mange stillinger helsestasjonen skal ha. Gjennom kommunal planlegging kan kommunene stille krav til utformingen av boliger og boligområder. Videre kan de velge å øke eller bevare eksisterende rekreasjonsområder og prioritere opparbeidelse av sykkelstier og turstier, som begge har en kjent helsefremmende effekt.

NIBR-rapport 2014:21

En viktig intensjon med folkehelseloven er å bidra til en ytterligere institusjonalisering og systematisering av folkehelsearbeidet. Særlig er det såkalte ”systematiske folkehelsearbeidet” viktig i så henseende. Her knyttes en kjede av virkemidler sammen. Det er for det første fylkeskommuners og kommuners oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer for helse. Dernest er det regional og kommunal planlegging, tiltaksutvikling og evaluering. Dette kan illustreres som i figur 1.3.

Figur 1.3 *Det systematiske folkehelsearbeidet*



Sirkelen viser det fireårige kretsløpet som følger rulleringen av kommuneplanen i løpet av hver valgperiode, mens pilene fra “oversikt” til “fastsette mål i plan” og “tiltak” indikerer det løpende arbeidet med å knytte sammen oversikt, planlegging og tiltak. Det systematiske folkehelsearbeidet er en strategi kommunene kan ta i bruk for å inkludere helse i plan. Det bidrar til å tydeliggjøre og ytterligere forsterke koblingen mellom folkehelsearbeid og fylkes- og kommuneplanlegging som allerede er etablert i Plan- og bygningsloven (§3-1, bokstav f). Andre strategier er å iverksette tiltak, enten for hele befolkningen og hele grupper av befolkningen, eller for sårbare grupper og enkeltpersoner.

1.4 Metode, evalueringsdesign og datatilfang

Evalueringen benytter flere datakilder. **Survey:** I april og mai 2104 sendte NIBR et spørreskjema (se Appendiks 1) til alle norske

kommuner samt Oslos 15 bydeler. 61 prosent svarte på hele spørreskjemaet mens 75 prosent svarte på deler av skjemaet. Dette er en relativt høy svarprosent for å være en undersøkelse som går til kommunene.

Undersøkelsen gir teamet mulighet til å kartlegge helsefremmende og forebyggende tiltak i kommunene. Respondentene får blant annet anledning til å svare på spørsmål om beslutningsfetting, forankring, kompetanse, samt utvikling og iverksetting av helsefremmende og sykdomsforebyggende tiltak. I spørreskjemaet har vi også stilt spesifikke spørsmål som angår innvandrerrike kommuner.

Surveydataene blir sammenholdt med andre datakilder: En **NIBR-survey fra 2011** om status i kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid gir muligheter for tidsseriedata som gir teamet en unik mulighet til å identifisere spesifikke effekter av reformagendaen på folkehelsearbeidet. Denne vil gi et inntak til å studere effekter av Samhandlingsreformen angående beslutningsfetting, forankring og bruk av ressurser som folkehelsekoordinator, samt til samspilleffekter av at flere kommunale enheter er involvert i arbeidet. **SSBs oversikt** over behovsvariable. Denne grupperer befolkningen i kommuner i henhold til alder samt andelen innvandrere. **Case:** Det er gjennomført casestudier i syv kommuner, men disse dataene brukes ikke aktivt i denne midtveisrapporteringen.

1.4.1 Metodiske aspekter ved spørreundersøkelsen

Surveyen fra 2014 bygger på data fra en elektronisk spørreundersøkelse sendt til alle norske kommuner samt bydelene i Oslo – til sammen 15 stykker. Elektronisk spørreskjema gir respondentene mulighet til å bruke tid på å svare og eventuelt trekke inn kollegaer ved behov. Dette er viktig ikke minst når man skal svare på spørsmål om folkehelsearbeid som er tverrfaglig og tverrsektorielt, og derfor krever innhenting av informasjon fra flere medarbeidere. Samtidig er det ressursbesparende både for respondenten og forskeren: respondenten trenger bare å forholde seg til de spørsmålene som er relevante for dem, og blir geleidet videre i skjema forbi ikke-relevante spørsmål, mens forskeren slipper manuell etterbehandling av spørreskjemaene. Imidlertid reiser slike undersøkelser spørsmålet om hvordan man kan komme i kontakt

med de respondentgruppene en ønsker å nå. Én mulighet er å finne fram til lister med kontaktinformasjon til de ønskede respondentgruppene slik at undersøkelsen kan sendes direkte til deres e-postadresse.

Undersøkelsen ble sendt til alle kommuners postmottak, men stilet til rådmannen. Det har dermed vært opp til rådmannen om han/hun ønsket å svare selv eller om hun/han ønsket å sende skjemaet videre til den i egen organisasjon som ble vurdert som mest egnet til å svare. Svarene er i hovedsak ført i pennen av enhetsledere innen helse og omsorgssektoren og folkehelsekoordinatorene, men av og til også av rådmann.

Selv om frafallet er relativt lite i denne undersøkelsen, er det en fare for at frafallet er skjevt; dvs. at kommuner med bestemte egenskaper (store, små, landkommuner, bykommuner ect.) er overrepresentert i frafallsgruppen, og derfor underrepresentert i svargruppen. Dette har vi korrigert for når det gjelder kommunene; svargruppen er i stor grad representativ med hensyn til størrelse og geografisk fordeling. Bydelene i Oslo, imidlertid, er mer like på noen variable (særlig demografisk og geografisk størrelse) enn kommune i Norge, så de 8 bydelene som har svart på undersøkelsen er i overveiende grad representative. På en variabel, imidlertid, etnisitet, er det stor variasjon mellom bydelene. Andelen ikke-vestlige innvandrere i Søndre Nordstrand og Bydel Ullern er på henholdsvis 43 og 7,6 prosent. Utvalget av de åtte bydelene viser imidlertid at vi har faget opp en god blanding av innvandrerrike og innvandrerfattige bydeler i Oslo. Forøvrig er svarprosenten for bydelene (53 prosent) noe lavere enn for hele 'populasjonen' (61 prosent).

En utfordring ved selve utformingen av spørreskjemaet til denne undersøkelsen har vært å finne en god balanse mellom hensynet til å dekke folkehelsearbeidets bredde og hensynet til respondentens kapasitet til å svare. Med et så komplekst felt som folkehelse kan skjemaet lett bli stort og gjøre oppgaven med å svare uhåndterlig. Det er derfor viktig å operere med kategorier og spørsmål som respondentene kjenner seg igjen i og som de kan svare på uten å bruke alt for lang tid. Vår kvalitetssikring i så henseende har bestått i å gå mange runder med fagpersoner, både oppdragsgiver, ansatte i fylkeskommunen og forskere. Resultatet står imidlertid forfatterne av rapporten ansvarlige for.

I rapporten er det i all hovedsak presentert enkle frekvensanalyser som gir et bilde av tilstanden i folkehelsearbeidet knyttet til problemstillingene som er presentert ovenfor.

1.4.2 Hvordan operasjonaliseres 'innvandrerrike kommuner'?

Det er et fåtall norske kommuner som har så pass høyt antall ikke-vestlige innvandrere at det er grunn til å tro at det er satt i gang et eget folkehelsearbeid rettet mot denne delen av befolkningen. I en liten kommune på rundt fem tusen mennesker er det i gjennomsnitt maksimalt fem hundre ikke-vestlige innvandrere og svært mange er barn og unge som potensielt ikke ennå har pådratt seg alvorlige livsstilssykdommer.

Store deler av innvandrerbefolkningen i Norge er bosatt i Oslo, Bærum og Drammen, i noen kommuner i Østfold og Vestfold, samt storbyer sør for Trondheim slik som Stavanger (og delvis Sandnes), Bergen og Kristiansand. Faktisk er det bare 15 kommuner i Norge som har en andel ikke-vestlige innvandrere om er høyere enn gjennomsnittet på 8,4 prosent; Vardø, Skien, Nesna, Trondheim, Ås, Rælingen, Drammen, Oslo, Skien, Askim, Moss, Sarpsborg, Lørenskog, Skedsmo, Ullensaker, Kristiansand, Nedre Eiker (SSB 2014). Noen av disse, slik som Nesna, er åpenbart for små for å være av interesse i denne sammenheng. Andre kommuner, slik som Vardø og Askim, har en relativt ung innvandrerbefolkning og har normalt få utfordringer med livsstilssykdommer.

Vi har derfor valgt ut kun 21 kommuner/bydeler som sammenlinknings grunnlag med de innvandrerfattige kommunene (se Vedlegg 2). I disse kommunene er det et høyt antall lengeboende (mer enn 25 år i Norge) ikke-vestlige innvandrere og deres etterkommere. Det er denne innvandrer-kategorien som potensielt har de største livstilsrelaterte helseutfordringene blant ikke-vestlige innvandrere. Følgende kommuner/bydeler er tatt med: Bergen, Kristiansand, Sandnes, Stavanger, Drammen, Bærum, Lørenskog, Skedsmo, Moss, Nedre Eiker, Rælingen, Lier, Søndre Nordstrand, Stovner, Alna, Gamle Oslo, Grorud, Bjerke, Grünerløkka, Østensjø og Sagene.

1.4.3 Evalueringsdesign

Reformen har vart kort tid og folkehelse er et politikfelt der de overordnede målene – å bedre helsetilstand og redusere årsaker til sykdom og skade – vil ha målbare resultater (langsiktig effekt) i form av redusert andel sykehusinnleggelser et godt stykke fram i tid. Slike mål, som søkes realisert gjennom Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven, er også vage og de overlater mye av politikktutforming til det iverksettende nivået, nemlig kommunene. Kommunene forutsettes å finne fram til tiltak, fortrinnsvis med dokumentert forebyggende effekt, som kan oversettes til deres kontekst og tilpasses deres oversikt over helsetilstanden og behovet de vurderer å ha for helsefremmende og forebyggende tiltak. Vi vil derfor ta i bruk en metode for evaluering som fokuserer på at kommunene gjennom politiske prosesser skal nå statlige mål og iverksette tiltak som er utviklet på statlig nivå. I denne sammenhengen blir de kommunale tiltakene å betrakte både som utfall (output) og effekt. Det å måle om tiltakene faktisk har ført til redusert antall innleggelser (den langsiktige effekten) ligger utenfor evalueringens mandat (for begreper se Vedung, 1998). Disse sammenhengene vises i Figur I, der det overordnede målet med reformen betraktes som *beslutningen*, der de to lovene betraktes som *innsats*, de kommunale beslutningene betraktes som *prosess* og eventuelle ny tiltak betraktes som *utfall*.

Figur 1.4 *Sammenheng i kommunal styring og iverksetting av helsefremmende og forebyggende tiltak*



1.5 Gangen i rapporten

Kapittel 2 presenterer funnene når det gjelder respondentenes forståelsesformer to år etter reformstart – både om og på hvilken måte folkehelsetenkingen har slått inn i den kommunale organisasjonen.

Kapittel 3 er viet til effekten av reformen på organiseringen av folkehelsearbeidet og kommunenes tiltaksportefølje på området. Analysen baserer seg i stor grad på tidsseriedata med tall både fra 2011 og 201, men også fra 2008.

Kapittel 4 presenterer funnene når det gjelder forskjellen på innvandrerrike og innvandrerfattige kommuner og hvordan folkehelsearbeider er organisert i de innvanderrike – både når det gjelder bruken generelle og spesielle virkemidler.

Kapittel 5 består av en mer systematisk og oppsummerende drøfting av hvilke funn i undersøkelsen som kan tilskrives de reformspesifikke styringssignalene.

2 Nytt fokus i kommunens folkehelsearbeid som følge av reformen

Effekter av en reform på en organisasjon kan ikke måles utelukkende ved se på håndfaste endringer i form av formelle beslutningsturer, nye tiltak eller nye økonomiske prioriteringer. Som noen av grunnleggerne av ny-institusjonell teori, March og Olsen (1984), har påpekt er aktørene i organisasjoner symbolvesener og endringer i deres persepsjoner av et sakfelt er i sin tur med på å prege deres beslutninger på alle arenaer der de har innflytelse. Dette gjelder ikke minst folkehelsefeltet der 'Helse i alt vi gjør -tilnærmingen' har blitt en illustrasjon på at folkehelsearbeid kan strykes ved at alle aktørene i den kommunale organisasjonen har dette arbeidet for øyet i sitt daglige virke – selv om kommunen ikke tilføres nye midler eller formelle styringssignaler påbyr aktørene det. Derfor er det interessant, i seg selv, i hvilken grad folkehelse har komme mer på agendaen i kommunene og om det eksisterer en dypere forståelse for betydningen av slikt arbeid enn tidligere. Svarer på dette baserer seg på spørsmål om respondentene mener fokuset i folkehelsearbeidet har endret seg etter reformstart.

Selv om norske kommuner har arbeidet med folkehelse relatert arbeid før reformen, og i mange tilfeller har økt trykket på dette arbeidet i påvente av reformen, representerte reformen et vendepunkt. Implementeringen av Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven formaliserte på en helt ny og mer forpliktende måte forventninger om et høyt trykk på folkehelsearbeidet.

2.1 Endret fokus

Den foreliggende undersøkelsen gir et tydelig inntrykk av at kommunene har fått et sterkere fokus på dette arbeidet etter reformstart. I spørreskjemaet ble det stilt følgende spørsmål: Mener du fokuset i kommunenes folkehelsearbeid har endret seg etter Samhandlingsreformen trådte i kraft januar 2012? Så mye som 88 prosent av kommunene som deltok i undersøkelsen (272 stk) oppgir at fokuset i folkehelsearbeidet har endret seg etter reformoppstart. Det er åpenbart at kommunene opplever at det er et større trykk på dette arbeidet i 2014 enn i 2011.

Videre ble de som svarte ja på om fokuset hadde endret seg bedt om å svare på følgende spørsmål: På hvilken måte? I dette åpne svarfeltet oppgir respondentene en rekke nye forståelsesformer som har utviklet seg etter 2011. Det er stor variasjon i svarene, men gjennomgående rapporteres det om at det har skjedd:

- i) en tverrsektoriell dreining i kommunens folkehelsearbeid i retning av andre at sektorer enn helse er mer involvert
- ii) folkehelsearbeidet har trengt dypere inn på den kommunale organisasjonen

Mer spesifikt rapporteres det om at: folkehelsearbeidet har blitt mer systematisk, det er mer prioritert, det er mer tverrsektorielt, det er mer strukturert, er bedre forankret i planverk, er mer tydeliggjort, får større oppmerksomhet og at det er lettere å legitimere satsning på folkehelsearbeid nå enn før. Videre rapporteres det om at det er et styrket fokus på helsefremming og at medfinansieringsordningen gir kommunen en økonomisk gevinst for å holde befolkningen frisk – for å nevne et knippe med oppfatninger som går igjen.

Her følger noen ordrette utdypninger av de nye forståelsesformene fra respondentene selv som vi har sakset det åpne spørsmålet i undersøkelsen: 'fokuset i folkehelsearbeidet har blitt mer helhetlig', 'arbeidet har fått større legitimitet både politisk og administrativt', 'bevisstheten om hva folkehelse er har økt og har etter hvert blitt mer synlig i den daglige driften' og 'kommunal medfinansiering har gjort det mer synlig at forebygging lønner seg'. I matrisen nedenfor har vi klassifisert enkeltutdypningene i noen enkle, idealtypiske, kategorier.

Tabell 2.1 *Respondentenes utdypninger av måten fokuset i kommunens folkehelsearbeid har endret seg etter at reformen trådte i kraft*

Utdypninger	Antall
Folkehelsearbeidet er styrket generelt	54
Styrking av kompetanse (blant annet folkehelsekoordinator og frisklivesenter)	50
Mer fokus på strategisk forankring	41
Økt tverrsektorielt fokus – særlig i plan og oversiktsarbeidet	35
Større forståelse/bevissthet	28
Større oppmerksomhet/legitimitet	25
Mer fokus på at sykdomsforebygging kan lønne seg	17
Utdypninger i alt	256

Som vi ser av matrisen er det en svarkategori, 'styrking av kompetanse', som handler om materielle størrelser, mens en annen kategori 'folkehelsearbeidet er styrket generelt' både kan dreie seg om materielle og ikke-materielle forhold. Resten av kategoriene handler i stor grad om nytt fokus i form av nye holdninger og nye forståelsesformer så la oss konsentrere oss om disse. Det rapporteres ofte om økt fokus på strategisk forankring (41stk) og tverrsektoriell orientering(35). I tillegg er det ganske mange respondenter som oppgir at folkehelsearbeidet har fått større forståelse (28) og oppmerksomhet (25). Videre har introduksjonen av den kommunale medfinansieringsordningen åpenbart ført til at det nå har blitt mer legitimt å snakke om at sykdomsforebygging har en kostnadsside (17).

2.2 Forebyggende og helsefremmende tiltak som er utviklet

Samhandlingsreformen stiller, gjennom styringssignalene i Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven, sterkere krav til den kommunale helse- og omsorgssektorens deltagelse i pasientbehandling, samt at denne sektoren skal ha et økt fokus på forbygging og tidlig intervensjon. Samtidig bes kommunene om å bygge opp et bredt folkehelsearbeid hvor kommunen som helhet skal sitte i førersetet. Til sammen medfører det at kommunene skal

arbeide helsefremmende, forebyggende og utvikle nye tjenestetilbud.

I undersøkelsen blir respondentene bedt om å krysse av for konkrete helsefremmende tiltak som er utviklet som en oppfølging av reformen. Tabell 2.2 viser hvordan respondentene fordelte seg på de ulike svarkategoriene (de kunne sette flere kryss).

Tabell 2.2 *Konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. Flere svaralternativer er mulig. Prosentandeler (absolutte tall i parentes).*

Styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet	74,7 (231)
Styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet	74,4 (230)
Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen	69,0 (213)
Økt samarbeid med frivillige organisasjoner	50,16 (155)
Utvikling av nye sosiale møteplasser i kommunen	33,9 (105)
Ingen helsefremmende tiltak er iverksatt	4,2 (13)
Annet	7,4 (23)
Vet ikke	1,6 (5)
N = 309	

Tabellen bekrefter til en viss grad respondentenes svarprofil slik den fremkommer i det åpne svarfeltet; oversikt - og planarbeidet har styrket seg som en oppfølging av reformen. Så mye som 74,4 prosent av respondentene oppgir at det har skjedd en styrking av det tverrsektorielle arbeidet. Videre er det omtrent like mange som oppgir at kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet har blitt bedre. I tillegg rapporterer et flertall av kommunene (69 prosent) at folkehelse er integrert i kommuneplanleggingen som en oppfølging av reformen. Halvparten av kommunene har økt samarbeidet med frivillige organisasjoner (50 prosent). Noe færre kommuner oppgir å ha etablert nye sosiale møteplasser (33,9 prosent) eller Av de som melder at det tverrsektorielle arbeidet har styrket seg er det 67 prosent som har etablert interne tverrsektorielle grupper som arbeider med folkehelse.¹ Dette tyder på at styrkingen av det tverrsektorielle arbeidet har en organisatorisk komponent.

¹ Krysstabulering med spørsmålene på side 11 i spørreskjemaet

Videre blir respondentene bedt om å krysse av for konkrete forebyggende tiltak som er utviklet som en oppfølging av reformen. Tabell 2,3 viser hvordan respondentene fordelte seg på de ulike svarkategoriene (de kunne sette flere kryss).

Tabell 2.3 *Konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen. Flere svaralternativer er mulig. Prosentandeler (absolutte tall i parentes).*

Forebygging av livsstilssykdommer (kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, alkohol osv.)	75,4(233)
Forebygging av psykiske lidelser	43,6(135)
Forebygging av fallulykker i hjemmet	39,4(122)
Forebygging av trafikkfarlige situasjoner	18,4(57)
Ingen helsefremmende tiltak er iverksatt	4,8(15)
Annet	10,6(33)
Vet ikke	3,5(11)
N = 309	

Som tabellen viser har forebyggingsarbeidet også styrket seg som følge av reformen. Hele 75 prosent av kommunene oppgir at de har styrket arbeidet med å forebygge livstil sykdommer (for eksempel relatert til kosthold, tobakk og fysisk inaktivitet), 50 prosent har etablert eller styrket frisklivssentraler, mens 39 prosent oppgir at det har skjedd en styrket innstas mot fallulykker i hjemmet. Dette indikerer at sykdomsforbyggingen også har skutt fart etter reformstart.

Det faktum at halvparten av kommunene rapporter om økt fokus på psykiske lidelser, som ikke er omfattet av medfinansieringsordningen, svekker imidlertid troverdigheten til at tiltaket er utviklet som en oppfølging av reformen. Denne mistanken styrkes av utsagn i de åpne spørsmålene i undersøkelsen. Her er det flere respondenter som er usikre på om tiltakene er et direkte svar på styringssignalene i reformen og at tiltaket, tvert i mot, ville vært iverksatt uansett.

2.3 Hvordan kombinere økt behandling og kortidsforebygging med det langsiktige og brede folkehelsearbeidet

Et hinder for ytterligere satsning på folkehelse er, som på alle andre politikkområder i en kommune, mangel på tilstrekkelige økonomiske og personellmessige ressurser. I undersøkelsen blir respondentene bedt om å svare på 'i hvilken grad det er ressursmessig utfordrende å kombinere samhandlingsreformens krav om økt pasientbehandling, forbygging og tidlig intervensjon med kravet i Folkehelseloven om et mer systematisk, bredt folkehelsearbeid'.

Hele 84 prosent av respondentene oppgir at det er 'utfordrende' eller 'svært utfordrende' å kombinere dette. Av disse er det ca. en tredjedel som synes det er 'svært utfordrende'. Går man svarene nærmere etter i sømmene (slik de fremgår av utdypingene på side 7 spørreskjemaet) er det mangel på økonomiske ressurser som går igjen, mens fagkompetanse – som indirekte også handler om økonomi – organisatoriske/kulturelle utfordringer også oppfattes som hovedutfordringer.

Et resonnement som går igjen når det gjelder de økonomiske utfordringene er at rammene for kommunal medfinansiering og håndtering av utskrivningsklare pasienter er knappe og at man derfor ikke får frigjort midler til det brede og langsiktige folkehelsearbeidet. En egen tilleggsfinansiering eller omprioritering av eksisterende midler må til, hevdes det. Kommuner med stram økonomi prioriterer statlige pålegg eller tiltak som støttes av statlig finansiering. Samtidig rapporteres det om at det er vanskelig å få forståelse hos politikere for at kommunen må re-orientere seg fra behandling i retning av primærforebygging og helsefremming fordi dette først gir resultater på lengre sikt. Enkelte hevder at selv blant helsepersonell eksisterer det et for stort diagnose- og behandlingsfokus og et for lite fokus på folkehelsearbeid.

Videre oppgir flere respondenter at det er vanskelig å få gjennomslag for at forebygging er noe som angår alle sektorer og bør være et gjennomgående i tema hele den kommunale organisasjonen. Dette krever en holdningsendring i retning av å tenke helse i alt vi gjør, noe som er vanskelig å få til. Sist men ikke

mist rapporteres det om mangel på egnet eller nok kompetanse for å få det optimale trykket på folkehelsearbeidet. I matrisen nedenfor ser man hvordan disse resonnementene fordeler seg på ulike forklaringsvariable hos de 117 respondentene som utdyper sitt svar.

Tabell 2.4 *Respondentenes utdypninger av hovedutfordringer med å kombinere behandling med forebygging, antall respondenter innen hver utdypningstypologi*

Utdypninger	Antall
<i>Personalressurser:</i> mangler den rette kompetansen: ernæringsfysiolog, folkehelsekoordinator, ergoterapeut, diabetessykepleier osv.	15
<i>Økonomi:</i> rammen for kommunal medfinansiering og håndtering av utskrivningsklare pasienter er for liten. Får ikke frigjort midler til folkehelsearbeidet – trenger friske eller øremerkede midler	70
<i>Vilje til omprioritering:</i> Ikke politisk vilje til å vri fokus fra reparasjon til forebygging fordi politikken i sitt vesen er kortsiktig – effekten av forebygging viser seg langt frem tid	7
<i>Kultur:</i> Å vri fokuset mot forebygging handler mye om å endre holdninger, ikke bare i helsesektoren, men i hele den kommunale organisasjonen.	25
Utdypninger i alt	117

Som vi ser av matrisen de er det flest respondenter som betrakter problemet med å få frigjort midler til folkehelsearbeidet etter reformstart som en hovedutfordring. Men det er også interessant, gitt at en slik undersøkelse kan bli sett på av respondentene som en kjærkommen anledning til å overfokusere noe på manglende ressurser, at noe under en tredjedel av respondentene flagger at prioritering av folkehelse handler om vilje til resursmessige omprioriteringer og holdnings endinger i den kommunale administrative og politiske organisasjonen.

2.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi kartlagt om reformen har gitt opphav til nye forståelsesformer, tiltak og organisasjonsformer. Vi har søkt å få svar på om det nå er mer oppmerksomhet mot og en dypere forståelse av folkehelsearbeid i og i så fall i hvilke deler av organisasjonen? Vi har også analysert om aveiningen mellom pasientbehandling på den ene siden og det langsiktige helsefremmende og forebyggende arbeidet på den andre nå er dimensjonert på en annerledes måte? Videre gir kapitlet en overordnet indikasjon på hvilke nye tiltak og nye organisatorisk grep som er utviklet som en oppfølging av reformen. Detaljene rundt disse endringene, derimot, vil vi komme nærmere tilbake til i kapittel. 3

Respondentenes svar i spørreskjemaets *utdypingsfelt* gir et unikt inntak til å fange opp de nye forståelsesformene. Svarene varierer sterkt mellom kommuner, men et gjennomgående inntrykk er at det er mer fokus på folkehelsearbeidet langs mange dimensjoner. Det mer legitimt å ta opp folkehelestemaer enn tidligere, det er mer forståelse for og bevissthet om slikt arbeid og, sist men ikke minst, har folkehelseetenkningen nå slått inn bredere i den kommunale organisasjonen. Dette betyr at folkehelse er på vei ut av helsesektoren og inn i andre kommunale sektorer og ansvarsområder. Men, som vi også kommer tilbake til i kapittel 3 er det et stykke igjen før arbeidet er godt politisk forankret

Mye tyder også på at etableringen av den kommunale medfinansieringsordningen har gjort det mer synlig at forebygging i kommunal regi lønner seg. Imidlertid er det en utbredt oppfatning at de økonomiske rammene for kommunal medfinansiering og håndtering av utskrivningsklare pasienter er så knappe og at man derfor ikke får frigjort midler til det langsiktige folkehelsearbeidet. En egen tilleggsfinansiering eller omprioritering av eksisterende midler ville ha økt trykket på dette. Undersøkelsen tyder imidlertid på et det er en mindre gruppe kommuner som likevel har tatt tak i sekundærforebyggingen for å, på kort sikt, forhindre innleggelser i spesialistsykehus. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i kapittel 5.2.

Svarene i utdypingsfeltene viser også at mange respondenter mener at økt satsing på folkehelsearbeid ikke nødvendigvis fordrer

tilførsel av nye midler, men at slikt arbeid kan komme høyere opp på den politiske agendaen med større vilje til omprioritering og en generell holdningsendring i hele den kommunale organisasjonen.

I den delen av undersøkelsen der respondentene blir bedt om å svare på *bestemte svaralternativer* rapporterer hele 3 av 4 kommuner at de, som en oppfølging av reformen, har styrket arbeidet med å forebygge livsstilssykdommer (for eksempel relatert til kosthold, tobakk og fysisk inaktivitet) – noe som tyder på at den individuelle forebyggingsarbeidet har skutt fart etter reformstart. De samme gjelder det tverrsektorielle plan- og oversiktsarbeidet, det tverrsektorielle arbeidet og samarbeidet med frivillige organisasjoner. Vi er imidlertid noe usikre på hvorvidt disse endringene er reformspesifikke eller ikke. Mangels på tidsseriedata og enkelt respondenters antydninger om at endringen ville skjedd uansett, tyder på at disse funnene alene ikke er spesielt robuste. Ytterligere analyser av datamaterialet vil mer presist kunne avdekke om endringene skyldes formagendaen.

3 Organisatoriske ressurser

I dette kapitlet løfter vi fram de kunnskaps-, og styringsressursene kommunene har i folkehelsearbeidet. Kunnskapsressursene er både informasjonen som blir hentet inn og de personellmessige ressursene kommunene har til å ta den i bruk. Styringsressursene måles i form av tverrsektorielt samarbeid om folkehelse og integrering av folkehelse i kommunal planlegging.

3.1 Oversiktsarbeidet og planprosesser

Norske kommuner har lenge skullet drive et kunnskapsbasert folkehelsearbeid gjennom å skaffe seg oversikt over helsetilstanden (Kommunehelsetjenesteloven fra 1987 § 1.4 a). I Folkehelseloven tydeliggjøres dette ytterligere ved at helseoversikten integreres som en del av det systematiske folkehelsearbeidet hvor koblingen til kommunal planlegging etter plan- og bygningsloven tilføres. Bestemmelsene i folkehelseloven er også fulgt opp i en egen forskrift og veileder som ytterligere konkretiserer oversiktsarbeidet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012 og Helsedirektoratet, 2013). Videre er Folkehelseinstituttet og fylkeskommunenes støttefunksjon i forbindelse med innsamling av data konkretisert. Folkehelseinstituttet skal årlig utarbeide statistikk for kommunene på ulike helseindikatorer. Fylkeskommunene har ansvar for å understøtte kommunenes folkehelsearbeid, blant annet gjennom å utføre fylkesundersøkelser. Oversiktsarbeidet har dermed fått et sterkere fokus i folkehelsepolitikken, noe som viser seg også i kommunenes praksis.

Tabell 3.1 *Kommuner med oversikt over helsetilstanden i kommunen (i prosent).*

	2011	2014
Ja	18	38

Nei	71	11
I ferd med å utvikle		48
Vet ikke	11	3
N=	303	285

Som tabell 3.1 viser har andelen kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstand og positive og negative påvirkningsfaktorer økt med 20 prosentpoeng etter at folkehelseloven trådte i kraft. I 2014-undersøkelsen har vi lagt til svaralternativet «i ferd med å utvikle» for å få et litt mer nyansert bilde og for å imøtekomme et ønske blant respondentene i 2011-undersøkelsen. Nesten halvparten av kommunene befinner seg i denne kategorien. Hva respondentene legger i at de er i ferd med å utvikle folkehelseoversikten, svarer ikke disse resultatene på. Det er grunn til å tro at det varierer sterkt mellom kommunene, fra å ha hatt et første møte om oversiktsarbeidet til å være godt i gang. 11 prosent av kommunene har ikke startet arbeidet med folkehelseoversikten. Hva som karakteriserer kommunene som har/ikke har utviklet folkehelseoversikt er en av de tingene vi vil se nærmere på i den videre analysen av datamaterialet. Tabell 3.2 nedenfor viser hva oversikten har vært brukt til så langt.

Tabell 3.2 *Andel kommuner som har fulgt opp oversikten med handling.*
N=109, Prosent, hele tall i parentes, flere svar mulig

Oppfølging av oversikten:	Andel
Det er laget en kunnskapsbase som også inkluderer folkehelseprofilen	48 (52)
Oversikten har lagt grunnlaget for prioriteringer i planstrategien	39 (43)
Oversikten har lagt grunnlaget for prioriteringer i et handlingsprogram	48 (52)
Oversikten har lagt grunnlaget for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel	49 (53)
Oversikten har lagt grunnlaget for prioriteringer i arealplanen	17 (19)
Oversikten trekkes inn i politiske beslutninger som angår relevante sektorer	48 (52)
Oversikten trekkes inn i politiske beslutninger som angår folkehelseutfordringer	44 (48)
Oversikten ligger til grunn for valg av tiltak	50 (54)
Annet	9 (10)
Oversikten er ikke fulgt opp politisk og administrativt	11 (12)
Vet ikke	3 (3)

Det er ikke mange kommuner som oppgir at oversikten over helsetilstanden og positive og negative faktorer som påvirker denne, på noen måte er fulgt opp. Det er 17,7 prosent som svarer at den ligger til grunn for valg av tiltak som skal settes i verk. Hvilke tiltak som ble satt i verk er vist i tabell 2.3, og ikke uventet er det tiltak som skal forebygge livsstilsykdommer. Dernest er det 17,4 prosent som svarer at oversikten har ligget til grunn for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel og 17 prosent som mener at den tas i bruk knyttet til politiske prioriteringer som angår relevante sektorer. Selv om kravet til å lage oversikt har vært en del av lovverket siden 1987, kan dette for så vidt dårlige resultatet tilskrives at prosessen med å lage den er ny for kommunene. Siden 2012, da dette lovverket ble iverksatt, har det enda ikke vært noe nytt kommunevalg og dermed få incentiver til å rullere store deler av kommuneplanverket.

3.2 Folkehelsekoordinatoren

Folkehelsekoordinatoren som ny stillingskategori i kommuneadministrasjonen ble lansert i folkehelsemeldingen fra 2002 (St.meld. 16 2002-2003). Ideen kom fra miljøfeltet som hadde bygd opp miljøvernrådgivere i kommunen fra 1990-tallet. Modellen som ble valgt for folkehelsekoordinatorene var støtte til folkehelsekoordinator som en del av partnerskapssamarbeidet mellom fylkeskommunen og kommuner. Vi har ikke eksakte tall på hvor stor andel av kommunene denne ordningen omfattet. Det vi imidlertid vet er at 18 av fylkene gav økonomiske midler og tilskudd til kommunene og at 92 prosent av kommunene mottok stimuleringsmidler fra fylkeskommunen i 2011. Siden lanseringen tidlig på 2000-tallet har ordningen med folkehelsekoordinator i kommunene funnet fotfeste slik vi ser av tabell 3.3 under.

Tabell 3.3 *Andel kommuner som har folkehelsekoordinator, utvikling fra 2008-2014 (i prosent).*

	2008	2011	2014
Har	61	74	85
Har ikke	35	24	15
Vet ikke	4	2	0
N=	255	347	284

Andelen kommuner med folkehelsekoordinator har økt fra 61 prosent av kommunene i 2008, via 74 prosent i 2011 til 85 prosent av kommunene i 2014. Dette må kunne karakteriseres som en suksess for en idé eller oppfordring som kommunene ikke har vært pålagt å følge. Viljen til å arbeide med folkehelse og gjøre feltet til en tydeligere del av kommunens arbeid synes dermed å være tilstede. Vi kan imidlertid ikke si noe om denne utviklingen er påvirket av innføringen av folkehelseloven.

Til tross for at mange kommuner har folkehelsekoordinator, varierer det hvor stor andel av stillingen som er satt av til å drive folkehelsearbeid. Imidlertid er det en tendens til at flere kommuner enn tidligere har folkehelsekoordinator som kan bruke en større del av tiden til folkehelsearbeid enn tidligere.

Tabell 3.4 *Andel kommuner med ulike stillingsprosent for folkehelsekoordinator. Prosent, hele tall i parentes.*

År/ stillingsandel	2011	2014
10 – 20 prosent	34 (98)	27 (71)
30 – 40 prosent	18 (53)	18 (47)
50 – 60 prosent	18 (53)	29 (76)
70 – 80 prosent	3 (8)	5 (12)
90 – 100 prosent	17 (49)	16 (43)
Annet	12 (34)	5 (14)
N	292	263

Samlet er det noen færre kommuner som oppgir hvor mye av arbeidstiden som er satt av i en bestemt prosent i 2014 enn det var i 2011. Andelen kommuner med folkehelsekoordinator i laveste stillingskategori har gått ned med 7 prosentpoeng fra 2011, mens andelen med folkehelsekoordinator i 50-60 prosent stilling har gått opp med 11 prosentpoeng. For de andre stillingsandelene er endringene mindre.

3.2.1 Koordinatorens plassering

Hvor folkehelsekoordinatoren plasseres administrativt kan ha betydning for hvor stort gjennomslag folkehelse har tverrsektorielt. Kommunenes erfaring er at en strategisk plassering, nær rådmannen, er viktig (Hofstad, 2014). Med folkehelseloven er ansvaret for folkehelse plassert hos kommunen som sådan, helsesektoren skal ikke lenger «eie» dette politikkområdet. I hvilken grad har denne politikken hatt effekt? Har folkehelsekoordinatoren i større grad fått en plassering utenfor helsesektoren enn tidligere? Og i hvilken grad har folkehelsekoordinatoren en strategisk plassering?

Under viser vi hvem som er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder (tabell 3.5). Dette sier noe om hvorvidt folkehelsekoordinatoren har «flyttet ut» av helsesektoren og om folkehelse har fått en strategisk plassering i kommuneorganisasjonen.

Tabell 3.5 *Folkehelsekoordinatorens nærmeste leder. Tall fra 2011 og 2014. Prosent, hele tall i parentes.*

Avdeling for nærmeste leder	2011	2014
Rådmann	25 (70)	27 (65)
Leder for kultur	9 (26)	9,5 (22)
Helsesjef/kommuneoverlege	34 (96)	36 (85)
Leder for oppvekst	3 (10)	2 (5)
Plan	2 (7)	7 (16)
Annet	27 (76)	19 (44)
N	285	239

Tabellen viser at den relative fordelingen av folkehelsekoordinatorer på ulike avdelinger er nokså lik mellom årene 2011 og 2014. Det er økning på to prosentpoeng både hos rådmann og helsesjef, mens det er en økning på fem prosentpoeng fra 2011 til 2014 som har plassert folkehelsekoordinatoren i planavdelingen. Det er en reduksjon på 8 prosentpoeng blant dem som svarer annet.

Tabell 3.6 *Andre arbeidsoppgaver – administrative. Prosent, hele tall i parentes. N= 2011:228, 2014:214 og mulig å sette flere kryss*

År/Administrative arbeidsoppgaver	2011	2014
Helse	41 (93)	57 (123)
Plan	16 (36)	51 (109)
Kultur	13,5 (31)	25 (54)
Rådmannens stab	8 (18)	21 (45)
Oppvekst	2 (5)	17 (37)
Teknisk	0,5 (1)	8 (17)
Annet	19 (44)	20 (43)
Vet ikke	-	1 (2)

I 2014 er det noen færre som krysser av for at folkehelsekoordinatoren har administrative oppgaver i tillegg til sine oppgaver som folkehelsekoordinator enn det var i 2011. Men fordi det var mulig å sette flere kryss på dette svaret i 2014 summerer 2014-kolonnen ikke til 100. Det blir også problematisk å sammenligne resultatene for de to tidspunktene. Et positivt trekk kan det likevel være at det er langt flere i 2014 som krysser av for at

folkehelsekoordinatoren har administrative oppgaver knyttet til plan, enn det var i 2014. Det er også flere som har administrative arbeidsoppgaver knyttet til kultur, samt til rådmannens stab. Det er også flere som har krysset av for at de har administrative oppgaver knyttet til helse.

Tabell 3.7 *Andre arbeidsoppgaver – brukerretnede*. Prosent, hele tall i parentes. N= 2011:208, 2014:166

År/Brukerrettede arbeidsoppgaver	2011	2014
Helsestasjon/skolehelsetjeneste	14 (30)	31 (52)
Friskliv	25 (52)	46 (77)
Fysak	11 (22)	23 (38)
Rehabilitering	9 (18)	23 (39)
Psykisk helsearbeid	2 (5)	17 (28)
Hjemmetjenesten	1 (2)	14 (24)
Institusjonstjenesten	1 (3)	8 (14)
Skole	8 (15)	20 (34)
Barnehage	2 (4)	13 (21)
Barnevern	2 (4)	6 (10)
For innvandrere spesielt	-	6 (10)
Annet	25 (53)	26 (43)
Vet ikke	-	3 (5)

Det er også færre som krysser av for at folkehelsekoordinatoren har brukerretnede oppgaver i tillegg til oppgavene som folkehelsekoordinator, men også på dette spørsmålet var det mulig å sette flere kryss i 2014, det var det ikke i 2011. Heller ikke disse tallene er dermed direkte sammenlignbare. Uansett er det knyttet til friskliv folkehelsekoordinatoren i størst grad har brukerretnede oppgaver på begge tidspunktene. Det er også flere folkehelsekoordinatorer som er knyttet til helsestasjonen i 2014 enn det var i 2011, og det er flere som har brukerretnede oppgaver i hele spekteret av helsesektorens tjenester i 2014 enn i 2011. Helgesen og Hofstad konkluderte i 2012 med at folkehelsepolitikk var helsepolitikk i kommunene. Selv med noen positive tendenser til at andre sektorer også deltar i folkehelsearbeidet er det fortsatt hovedinntrykket at folkehelse er et ansvar for helsesektoren.

Oppsummerende refleksjon

I 2011 hadde 74 prosent av kommunene (N=347) ansatt folkehelsekoordinator (Helgesen og Hofstad, 2012). I 2014 var tallet 85 prosent (N=307). Folkehelsekoordinatoren er i noe større grad lokalisert i andre sektorer enn helsesektoren og det er fortsatt i stor grad deltidsstillinger folkehelsekoordinatoren har. Andelen som har små prosenter har minnet noe i tidsrommet. Tallene som sier noe om arbeidsoppgaver er ikke direkte sammenlignbare mellom år, men de viser likevel til en trend der det kan se ut til at det er flere av dem som har administrative arbeidsoppgaver i tillegg til oppgaven som folkehelsekoordinator som er lokalisert i helsesektoren enn i 2011. Samtidig viser tallene over dem som har brukerrettede oppgaver at flere har det, og at de har brukerrettede oppgaver i flere typer tjenester. Dette kan vise til to trender i utviklingen av folkehelsearbeidet lokalt. Den ene er, som det er vist til over, at helsesektoren fortsatt har det administrative grepet på folkehelsearbeidet som gjøres av koordinatoren i den forstand at de organisatorisk fortsatt er plassert der. Dette kan knyttes til en form for tradisjonell administrativ tenkning der folkehelse defineres som et helsetema også selv om arbeidsoppgavene koordinatoren skal ha er orientert ut av sektoren.

Den andre er at de har sin stillingsmessige hovedtilknytning til helsesektorens arbeidsoppgaver. I casestudier har vi observert at folkehelsekoordinatoren ofte er en fysioterapeut eller en person med idrettsfaglig bakgrunn. Fysioterapeuter har brukerrettede arbeidsoppgaver knyttet til behandling og trening av personer som får kommunale tjenester. De kan dermed være innoom flere enheter kanskje i løpet av en arbeidsdag. Medarbeidere med idrettsfaglig bakgrunn har gjerne sin stillingsmessige tilknytning til frisklivssentralen eller fysikarbeidet, og arbeider dermed med trening og livsstilsendringer for enkeltpersoner som blir henvist til sentralen.

Slike former for tilknytning betyr imidlertid ikke at folkehelsekoordinatoren kun er opptatt av helserelaterte spørsmål. Vi har observert at folkehelsekoordinatorer som har slike former for sektortilknytning selv poengterer at de blir "låst" i en sektor, samtidig som de skal ta initiativ overfor andre sektorer for å få folkehelse på dagsorden. De legger altså selv opp sitt arbeid med folkehelse i et "helse i alt vi gjør perspektiv", men deres

lokalisering i helsesektoren, og ofte et stykke ned i hierarkiet, gjør det litt vanskeligere for dem å innta rollen som koordinator enn hva det kunne ha vært hvis stillingen deres lå i en annen kommunal sektor.

3.3 Tverrsektoriell koordinering av folkehelsearbeidet

I 2011 spurte vi om hvilke kommunale enheter som deltok i tverrsektorielle arbeidsgrupper om folkehelse og ga dem mulighet til å krysse av for i stor grad, i middels grad og liten grad, samt uaktuelt og vet ikke. Det var 316 av kommunene som svarte på spørsmålet i 2011. Vi fant at det var helsestasjon og skolehelsetjenesten som hyppigst deltok, dernest kom kultur og idrett og skoler plasserte seg på en tredjeplass angående deltakelse i stor grad. De skåret høyest angående deltakelse i middels grad. På de neste plassene plasseres rådmannens stab og psykisk helsearbeid. Enheter som deltok lite i slike grupper i 2011 var barnehager, rusarbeid, samt plan og teknisk avdelinger (Helgesen og Hofstad, 2012). Det ble brukt en åpen definisjon på tverrsektorielle arbeidsgrupper. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er tjenester som samarbeider mye med andre og vi vet ikke om de har tenkt at alle typer samarbeid er en form for tverrsektoriell arbeidsgruppe.

I 2014 spurte vi enklere. Først stilte vi et ja/nei-spørsmål der 62 prosent svarte at de hadde tverrsektorielle arbeidsgrupper, mens 18 prosent svarte nei og 18 prosent svarte at de er i ferd med å etablere slike grupper. To prosent visste ikke. Hvordan å være ”i ferd med” tolkes er et skjønns spørsmål, vi velger å tolke det som et ja – at de har tverrsektorielle arbeidsgrupper. Disse kommunene er likevel ikke en del av dem som går videre og svarer på spørsmålet om hvilke enheter som er aktive i gruppene.

Tabell 3.8 *Andel kommuner i 2014 der ulike enheter deltar i tverrsektorielt samarbeid om folkehelse. N= 176*

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

I løpet av de årene som har gått siden 2011 har tverrsektorielt samarbeid kommet på dagsorden på mange områder av kommunal tjenesteproduksjon. Dette har skjedd som resultat av den somatiske delen av Samhandlingsreformen, men også som resultat av politikk på andre områder, for eksempel barnevern, rus, psykisk helsearbeid og ikke minst folkehelse. At temaet har kommet høyere på dagsorden kan ha flere implikasjoner. For eksempel at den tverrsektorielle gruppen defineres strengere enn tidligere, som en formell administrativ gruppe, og ikke en gruppe der medarbeidere som arbeider brukerrettet deltar. Samt at det kan tenkes at det defineres faste medlemmer og en satt møteagenda.

Det er fortsatt helsestasjon- og skolehelsetjeneste som deltar i tverrsektorielle arbeidsgrupper om folkehelse i flest kommuner og skoler kommer fortsatt på andreplass. I 2011 var kommunelegen ikke et svaralternativ, det er det i 2014 og vedkommende deltar i 71 prosent av kommunene. Rådmannens stab deltar i 68 prosent av kommunene. Det som er litt påfallende er at barnevern og barnehager ikke deltar i flere kommuner, samt at rus og psykisk helse deltar i relativt få kommuner.

3.4 Økonomiske ressurser

Det er interessant å vite mer om hvor mye ressurser kommunene mener at de bruker til folkehelsearbeidet. Vi har derfor inkludert et åpent spørsmål i surveyen der vi ber dem angi ressursene de mener de bruker. Det er 232 kommuner som svarer. De svarer alt fra at de ikke bruker ressurser på dette til at de bruker millioner på konkrete folkehelseiltak. Den høyeste summen som nevnes er fem millioner, ellers er det noen som sier to til fire, det er 5 som sier en million og det er fem som svarer mellom 1 og 1,6 millioner. Langt de fleste som angir en kronesum svarer mellom 100 000 og 500 000 kroner. De fleste oppgir imidlertid sine ressurser i stillingskategorier – hvor stor andel av stilling folkehelsekoordinatoren har og hvor mange som er ansatt på frisklivssentralen. Noen nevner også stillinger som frivillighets- og flyktningskoordinator. Mange peker på at folkehelsekoordinatorstillingen er del av en administrativ eller brukerrettet stillingsressurs, det gis det oversikt over i tabellene 3.6 og 3.7. Det kommenteres også at slike kombinasjonsstillinger ikke er den beste løsningen fordi det ikke gir mulighet til å rette nok oppmerksomhet mot folkehelse. Der det er angitt et kronebeløp er det stor sannsynlighet for at de stillingene som eventuelt er opprettet i kommunen for å arbeide med folkehelse og folkehelserelatert arbeid er inkludert i anslaget. Trolig er det forskjell på store og små kommuner angående ressursbruk. To eksempler på at ressursene er knappe på dette området ser vi i sitatet nedenfor:

Vi er tre kommuner som tidligere har delt en 50 % stilling som folkehelsekoordinator – stillingen ble avsluttet ved årsskiftet, men vi vurderer forlengelse til neste år. Vi kjøper 20 % stilling som frisklivssentralkoordinator fra en annen kommune.

Ingen ekstra ressurser i form av økte stillinger, men tillegging av oppgaven til eksisterende stilling

Det blir også påpekt av noen at det ikke ville vært mulig for dem å ha stillingsressurser på dette området hvis ikke det var blitt gitt tilskudd fra enten stat eller fylkeskommune.

3.5 Hovedprioritet i folkehelsearbeidet

Samhandlingsreformen har som mål at kommunene skal flytte fokus fra å behandle sykdom til forebyggende og helsefremmende arbeid (St meld 47 2008-2009). I tillegg har folkehelseloven et tydelig fokus på sosial ulikhet. Folkehelsepolitikken vektlegger videre at det bør skje en vridning av innsatsen mot de sosiale og materielle ressursene som legger grunnlaget for folks levekår og helse. Og dermed at en i mindre grad skal ha oppmerksomhet mot risikofaktorer og risikoatferd (livsstil og levevaner), som i høy grad er korrelert med hvilke sosiale og materielle ressurser en er i besittelse av (Helsedirektoratet, 2010). I hvilken grad er dette fanget opp av kommunene?

Vi har spurt kommunene hvilke områder som har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging. Her har vi dessverre ikke direkte sammenlignbare tall fra 2011 fordi folkehelseområdene vi opererer med i 2014-surveyen er i tråd med folkehelseloven, mens vi tidligere brukte en annen inndeling. Vi vil imidlertid trekke inn 2011-tallene når vi kommenterer 2014-resultatene. La oss først se på resultatene fra 2014 (tabell 3.9).

Tabell 3.9 *Hovedprioritet i folkehelse- og forebyggingsarbeid. I prosent, hele tall i parentes, N=282*

Tiltak	Frekvens
Helserelatert atferd (livsstil/levevaner)	82 (231)
Oppvekstforhold	63 (179)
Levekårsforhold	49 (138)
Helsetilstand	42 (118)
Befolkningssammensetning	17 (49)
Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø	15 (43)
Skader og ulykker	13 (37)
Annet	5 (14)
Vet ikke	3 (8)

I 2011-undersøkelsen fant vi at levevaner var hyppigst prioritert i kommunenes folkehelsearbeid. Slik er det også i 2014. 82 prosent av kommunene har helserelatert atferd som hovedprioritet for sitt

folkehelsearbeid. Imidlertid ser vi at oppvekstforhold og levekårsforhold er hovedprioritet i henholdsvis 63 og 49 prosent av kommunene. Satsing på oppvekst handler om å rette tiltak mot barn og unge. Vi vet fra tidligere undersøkelser at barn og unge er den befolkningsgruppa flest kommuner har oppmerksomhet om i folkehelsearbeidet sitt (Helgesen og Hofstad, 2012 og Hofstad og Vestby 2009). Fokus på levekårsforhold handler om økonomiske forhold, men også sosiale forhold knyttet til bolig og bosted. Sosio-økonomisk status (utdanning, inntekt) har betydning for folks helse (Dahl, E mfl, 2014). I 2011-surveyen fant vi at svært få kommuner hadde fokus på levekår (Helgesen og Hofstad, 2012). At oppvekst og levekår får høy oppmerksomhet i en stor andel av norske kommuner er et interessant funn. Dette er områder som er viktige å gå inn i om en ønsker å redusere sosial ulikhet i helse.

3.6 Oppsummering

Dette kapitlet viser at folkehelsearbeidet er noe mer forankret i 2014 enn før reformoppstart. Imidlertid er kommunenes oversiktsarbeid som har skutt mest fart etter reformoppstart. På dette området er det en betydelig endring etter reformstart. Hele 39 prosent (110 stk) av de 309 kommunene som er med i undersøkelsen oppgir at de har utarbeidet oversikt over helsetilstanden og negative og positive påvirkningsfaktorer i 2014, noe som er en økning på 20 prosentpoeng siden 2011. Det er også en svak tendens til at de kommunene som har ansatt folkehelsekoordinator også har mer oversikt over helsetilstanden og dens påvirkningsfaktorer enn andre, noe som kan tyde på at styrkingen av koordinatorrollen siden 2011 kan ha hatt en positiv betydning for den økte satsningen på dette arbeidet.

Når det gjelder den politiske oppfølgingen av oversiktsarbeidet, imidlertid, synes kommunene å være helt i startgropa. Mindre enn en femtedel rapporterer å ha fulgt opp oversikten politisk og administrativt på en måte som har lagt grunnlag for prioriteringer på plansiden eller innenfor relevante sektorer.

4 Sosial ulikhet i helse og folkehelsearbeidet i innvandrerrike kommuner

4.1 Sosial ulikhet i helse - den etniske dimensjonen

Både nasjonal og internasjonal forskning viser at sosial og økonomisk status er direkte relatert til helse (Dahl, E. mfl, 2014). De med lavest status og inntekt/utdanning har som regel dårligst helse. Videre finner en ofte at lav status forhindrer folk i å endre adferd og bedre helsen, samtidig som den kan fremme adferd som forverrer helsen (røyking, rus, stillesitting). Helseulikhet er også et resultat av ulik tilgang eller ulik bruk av helsetjenester.

Blant mange slike dimensjoner kommer deler av den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen dårlig ut, blant annet på lønn, inntekt og arbeidsledighet (Schou og Fosse, 2015). Dette skyldes ikke bare de mest påaktede helsedeterminantene men, som Ihle og Sudmann(2014) påpeker, er sosial ulikhet i helse mer enn fordeling av inntekt og ressurser. Kulturelle særtrekk og språkutfordringer spiller også inn. Videre slår manglende anerkjennelse fra majoritetsbefolkningen – slik som hverdagsrasisme, fremmedfiendtlighet og islamofobi – ofte negativt ut for helsetilstanden i denne gruppen Blom, 2010). Dette gir andre utfordringer når det gjelder utformingen av forebyggings- og helsefremmingspolitikken overfor denne gruppen enn overfor befolkningen forøvrig (Ihle og Sudman, 2014: 88).

Et eksempel i denne sammenheng er etnisk boligsegregering, som i økende grad er blitt et anliggende også i Norge (Aasland og Søholt, 2014). Etniske forhold kommer ofte i tillegg til, eller faller sammen

med, sosio-økonomisk segregering. I etnisk segregerte områder har befolkningen ofte et lavt lønns- og utdanningsnivå, arbeidsligheten er høy, det er mer trangboddhet (Blom og Henriksen, 2008) – alle negative determinanter for helsen. Ofte bidrar dette til en konsolidering av etnisk identitet og en etnifisering av relasjonen til majoritetsbefolkningen som i noen tilfeller er konfliktskapende (Castels, 2014)

Som Vedeld og Hofstad (2014) påpeker, krever forekomsten av segregering en ny type kunnskap og mulig nye tilnærminger og verktøy for å kartlegge problemer og muligheter, og synliggjøre disse med tanke på å iverksette spesielle eller generelle forebyggende eller helsefremmende tiltak. Andre (Frazer, 2009) påpeker at en vellykket politikk på dette feltet krever en mer aktiv anerkjennelsespolitikk overfor denne gruppen fra offentlige myndigheters side - en politikk som ofte forbindes med multikulturalisme.

Den norske helsefremmingspolitikken overfor ikke-vestlige innvandrere er imidlertid ikke spesielt multikulturalismeorientert i den forstand den betoner grupper som sådan. For de første er ikke den norske integrasjonspolitikken rent allment preget av anerkjennelse av innvandrergruppers identitet. Den er, for eksempel, restriktiv både når det gjelder støtte til minoritetsspråk og minoritetsreligion samt bruk av religiøse hodeplagg i det offentlige rom. Faktisk er Norge rangert som under middels multikulturalismeorientert på internasjonale rankinger (Queens University, 2014). For det andre er den nasjonale helsefremmingspolitikken preget av universelle og ikke selektive – i etnisk forstand - tiltak. På kommunalt nivå, derimot, finner vi i Norge en kombinasjon av selektive og universelle tiltak (Schou og Fosse, 2015). Som vi ser av tabellen nedenfor oppgir ca en trededel av respondentene i vår undersøkelse å ha utviklet spesielle tiltak overfor innvandrerbefolkningen.

Tabell 4.1 *Spesielt fokus på forebygging og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen. Prosentandeler (absolutte tall i parentes).*

Ja	35,2 (109)
Nei	44,6 (138)
Vet ikke	87,0 (27)
N = 100 %	309

Når det gjelder utjevning av sosiale helseforskjeller i norske kommuner rent allment, imidlertid, (som det fremkommer av del 4.2 nedfor) tyder vår undersøkelse på at denne dimensjonen ennå ikke har fått fullt gjennomslag i norske kommuner.

4.2 Undersøkelsen og sosial ulikhet i helse, generelt

I spørreskjemaet ble det stilt følgende spørsmål: Slik du ser det, kan kommunen bidra til å redusere sosial ulikheter i helse? Av de kommunene som svarte (272), svarte 51 prosent ja på dette spørsmålet. Vi spurte videre om hvilke strategier de mente var viktige: styrke generelle velferdstilbud, rette innsatsen mot utsatte grupper, eller en kombinasjon av disse strategiene. Svarene viser at 18 prosent ønsker å styrke de generelle tilbudene, 34 prosent ønsker målrettede tiltak og 34 prosent ønsker en kombinasjon.

Vi var også interessert i å finne ut om utjevning av sosiale forskjeller var prioritert i kommunens virksomheter. Som vi ser av tabell 4.2 nedenfor svarte 41 prosent at det var prioritert i kommuneplanen, 44 prosent i virksomhetsplaner, 37,5 prosent i saker til politiske organer og 71 prosent når det gjelder tiltak innen helsefremmende og forebyggende arbeid.

Tabell 4.2 På hvilke områder er fordelingsbetydning prioritert i kommunen
 Prosentandeler (absolutte tall i parentes). Kan krysse av for flere
 svar.

I tiltak rettet mot folkehelse og forebygging	70,8(189, N=267)
I sektor/virksomhetsplaner	45,4(118, N= 260)
I kommuneplanen	41,1(109, N =256)
I saksfremstillinger til politiske beslutninger	37,5 (99, N =264)
N = gjennomsnittlig 262, men varierer for hvert enkelt spørsmål	

Utjevning av sosiale helseforskjeller er et overordnet mål i folkehelseplanen, og dette området skal være gjenstand for politiske prioriteringer og en tverrsektoriell satsing. Det skal også inkluderes i kommuneplanen. Ut fra våre funn ser det ikke ut til at dette ennå har fått fullt gjennomslag i kommunene, og at det fortsatt er i det tradisjonelle folkehelseområdet at dette prioriteres.

4.3 Undersøkelsen og innvandrerrike kommuner: mer trykk på folkehelsearbeidet enn ellers

Teamet har hatt en hypotese om at kommuner med en høy andel ikke-vestlige innvandrere har andre og til dels mer utfordrende helseutfordringer enn andre kommuner. På denne bakgrunn har vi ønsket å undersøke om det er sann at deres spesielle sykdomsbilde og deres spesielle interaksjon med kommunen (gruppen kan være vanskelig å nå med tiltak) slår ut i større kommunal endringsvilje både når det gjelder organisasjonsendringer og spesielle tiltak. På vesentlige punkter er denne hypotesen bekreftet. Ikke det at disse 21 kommunene utmerker seg dramatisk på noen av disse områdene, men de ligger i det mest endringsvillige sjiktet. Dette illustreres i Tabell 4.3 nedenfor som presenterer forskjellene mellom de to gruppene av kommuner (altså innvandrerrike og innvandrerfattige kommuner) langs noen sentrale variabler.

Tabell 4.3 *Antall kommuner som har svart ja på nøkkelvariable i undersøkelsen fordelt på henholdsvis innvandrerfattige og innvandrerrike kommuner. Prosent, hele tall i parentes, N varierer noe for hvert enkelt spørsmål.*

Spørsmål	Kommunetype	
	<i>Innv.fattige</i>	<i>Innv.rike</i>
Andel kommuner som mener at fokuset i kommunenes folkehelsearbeid har endret seg etter reformstart	87,8 (258)	93,3 (14)
Andel kommuner som har satset på forebygging av livsstilssykdommer som en oppfølging av reformen	75,0 (220)	87,0 (13)
Andelen som har ansatt folkehelsekoordinator	53,8 (143)	72,2 (12)
Andel kommuner som oppgir at det tverrsektorielle arbeidet har styrket seg som en oppfølging av reformen	50,0 (140)	71,4 (11)
Andel kommuner som har utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer	37,7 (103)	53,3 (8)
N	Ca 270	Ca 15

Av tabellen ser vi at en noen høyere andel av de innvandrerrike kommunene oppgir at fokuset i kommunenes folkehelsearbeid har endret seg etter reformstart. I spørreskjemaet ble det stilt følgende spørsmål: Mener du fokuset i kommunenes folkehelsearbeid har endret seg etter Samhandlingsreformen trådte i kraft januar 2012? Så mye som 93,3 prosent av respondentene i disse kommunene svarte ja på dette spørsmålet mot 87,8 prosent i de innvandrerfattige. Det er også en høyere andel av de innvandrerrike kommunene som oppgir at de har satset på forebygging av livsstilssykdommer som en oppfølging av reformen. Hele 87 (13 av 15 respondenter) prosent av de innvandrerrike kommunene oppgir å ha satset på dette, mens 75 prosent av de innvandrerfattige oppgir det samme (13 av 15 respondenter). Funnene når det gjelder det tverrsektorielle samarbeidet trekker også i samme retning. De innvandrerrike

kommunene oppgir i større grad (78 mot 50 prosent) at det tverrsektorielle arbeidet har styrket seg som en oppfølging av reformen, noe som understøtter en oppfatning om at det er det tverrsektorielle oversiktsarbeidet som har skutt fart.

Oversiktsarbeidet har også kommet lenger i de innvandrerrike kommunene. I spørreskjemaet ble det stilt følgende spørsmål: Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen? Hele 44 prosent av respondentene i disse kommunene oppgir å ha utarbeidet en oversikt, mens bare 24 prosent oppgir dette i de innvandrerfattige. Dette har imidlertid ikke ført til at oversikten i større grad ligger til grunn for valg av tiltak i innvandrerrike kommunene. I begge kommunegruppene er det bare ca halvparten av respondentene som hevder oversikten har blitt fulgt opp politisk og administrativt; enten som grunnlag for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel, som prioritering i et handlingsprogram eller at den har blitt trukket inn i politiske beslutninger som angår folkehelseutfordringer.

Det faktum at en større andel av de innvandrerrike kommunene har ansatt folkehelsekoordinator etter reformstart, stryker også en oppfatning om at det er et høy trykk på folkehelsearbeidet i disse kommunene; hele 72,2 prosent mot 53,8 prosent i de innvandrerfattige. Imidlertid viser det seg at han/hun i mindre grad er ansatt på rådmannens kontor (11 mot-14, 9 prosent). Videre har noen flere av koordinatorene i de innvandrerrike kommunene folkehelsearbeid som hovedfokus enn i de innvandrerfattige.

Det er viktig å understreke at disse resultatene er foreløpige og har behov for videre analyse. De gir ikke svar på om det er den store innvandrerbefolkningen som gjør at disse kommunene skiller seg positivt ut eller om det er andre, bakenforliggende variabler som kan forklare disse forskjellene. Det vil vi analysere nærmere fram mot sluttrapporteringen sommeren 2015.

4.4 Universelle og spesielle tiltak

På bakgrunn av at det bare er 21 kommuner i Norge som har en relativt stor og godt voksen ikke-vestlig innvandrerbefolkning, er det interessant funn i undersøkelsen at så mange som 109

kommuner som oppgir at de har 'spesielt fokus på forebygging og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen' og at 83 kommuner opplyser at de er i 'ferd med å starte opp oversiktarbeid over helsetilstanden' blant innvandrer- befolkningen. Dette høye tallet skyldes trolig at Norge i 2013 hadde 91 kommuner som hadde 70 flyktninger eller mer i 2013 (Lillegård, M og A. Seierstad, 2013). Et flertall av disse (82 stk) har etablert et folkehelseiltak i form av et introduksjonsprogram for flyktninger (ibid).

Blant de 109 kommunene som oppgir å ha et spesielt fokus på folkehelsearbeid er det de universelle integreringstiltakene som dominerer. I spørreskjemaet ble det stilt følgende spørsmål: 'På hvilken måte' har din kommune et spesielt tiltak overfor innvandrerbefolkningen? Svarene viser at det mest vanlige tiltaket i kommunene er generelle integreringstiltak (i 74 kommuner).

De innvandrerrike kommunene arbeider også med spesielle tiltak overfor denne gruppen på en rekke områder. Disse er skissert i tabellen nedenfor (Tabell 4.4)

Tabell 4.4 *Antall kommuner/bydeler som har innført spesielle tiltak overfor innvandrere. Flere svaralternativer er mulig. Absolutte tall.*

Individrettede tiltak innenfor språkopplæring	74
Integrerte tiltak i kommunens introduksjonsprogram for flyktninger	70
Individrettede tiltak i skolen/barnehagen	60
Individrettede tiltak innenfor helsetjenesten	59
Tolketjenester	59
Organiserte aktivitetsgrupper for minoritetsgrupper	41
Samarbeid hjem-skole	38
Arenaspesifikke tiltak (for eksempel gratis kjernetid i barnehagen, tiltak i biblioteket, etc.)	37
Egne tiltak i regi av frisklivssentralen	25
Helseopplyningskampanjer tilpasset etniske minoritetsgrupper	22
Organiserte aktivitetsgrupper for etniske minoriteter	16
Eget opplegg for diagnostikk, screening	14
Ingen	0
Annet	12
Vet ikke	2
N = 109	

Tabellen viser at individrettede tiltak innenfor språkopplæring er mest utbredt (i 74 av landets kommuner), etterfulgt av kommunalt integrasjonsprogram for flyktninger (i 70). På plassene etter følger henholdsvis individrette tiltak innenfor helsetjenestene (i 59), tolketjenester (i 59) og organiserte fritidsaktiviteter for etnisk minoritetsgrupper (i 41).

Et fåtall kommuner (14) har et eget opplegg for screening/diagnostikk av innvandrere. Slike tiltak kan være innrettet mot kortidsforbygging for å forhindre innleggelse i spesialistsykehus, men teamet har ingen informasjon som bekrefter/avkrefter dette.

4.5 Kompetansebygging

Som nevnt i kapittel 2 oppgir en del kommuner i utdypingsfeltet at de mangler den rette kompetansen for å få det optimale trykket på folkehelse (ernæringsfysiolog, folkehelsekoordinator, ergoterapeut, diabetessykepleier osv). I Tabell 4.5 nedenfor får man et mer statistisk bilde på hvilke områder kommunen har styrket de ansattes kompetanse for bedre å kunne ivareta innvandrerbefolkningens helse. En femtedel av norske kommuner (62 stk) oppgir at det har styrket de ansattes kompetanse på en eller flere områder for å gjøre dette.

Tabell 4.5 *Antall kommuner som har styrket de ansattes kompetanse for bedre å kunne ivareta innvandrerbefolkningens helse. Flere svaralternativer er mulig. Absolutte tall.*

Har styrket eksisterende ansattes kompetanse	62
Folkehelsekoordinatoren har økt fokus på denne gruppen	46
Har ansatt flere i skolehelsetjenesten eller i helsetjenesten	43
Kommunen har ansatt en minoritetskoordinator	42
Har ansatt flere med flerkulturell kompetanse	42
Fastlegen har mer fokus på denne gruppen	36
Vet ikke	41
Andre deler av staben, spesifiser	38

Som vi ser av tabellen er det mest utbredte tiltaket er styrking av de eksisterende ansattes kompetanse (62) etterfulgt av at folkehelsekoordinatoren har et økt fokus på denne gruppen (46). Dernest er det en del kommuner som har ansatt flere lærere på skoler med høy innvandrerandel (43) flere minoritetskoordinatorer (42) og flere ansatte med tverrkulturelle kompetanse (42). Dessuten oppgir flere kommuner at fastlegen (39) har mer fokus på den gruppen etter reformstart.

4.6 Koordinering

Den foreliggende undersøkelsen viser at koordineringsarbeidet har vært relativt høyt prioritert de to siste årene. I spørreskjemaet ble

det stilt følgende spørsmål: Har din kommune etablert nye former for koordinering av arbeidet overfor denne gruppen de to siste årene. Hele 40 prosent av kommunene oppgir å ha etablert nye former for koordinering av arbeidet overfor innvandrere de to siste årene, og det er særlig internt i kommunen at dette arbeidet har skjedd. Så mye som 124 kommuner/bydeler oppgir at de er 'nye former for samarbeid intern mellom kommunes sektorer/etater'. Dernest 'kommer samarbeid med frivillig sektor' (88 respondenter.). Det er etablert færre nye former for koordinering mellom kommuner 48 (resp.) og koordineringen med eksterne aktører (fylkesnivå, stat andre) har vært ganske laber (29 resp.).

4.7 Oppsummering

Dette kapitlet inneholder informasjon om to grupper av norske kommuner; de 21 mest innvandrerrike kommunene samt de 109 som har spesielt fokus på forebygging og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen.

Den første kategorien har teamet funnet interessant fordi de spesielle folkehelseutfordringene i deler av den ikke-vestlige innvandrerbefolkningen kanskje skulle tilsi at det i utgangspunktet er et høyt trykk på folkehelsearbeidet i disse kommunene og at dette arbeidet har økt ytterligere etter reformoppstart. Funnene fra surveyen bekrefter at disse kommunene er over gjennomsnittet endringsvillige. De ligger noe over gjennomsnittet for alle kommuner som oppgir at (etter reformstart) fokuset i kommunenes folkehelsearbeid har endret seg. Og langt over gjennomsnittet blant de som har satsset på forebygging av livsstils- sykdommer, blant de som har styrket folkehelsekoordinatorens posisjon og blant de som oppgir at de tverrsektorielle arbeidet har styrket seg. Kort sagt, i disse kommunene er arbeidet både godt forankret og oversiktsarbeidet har kommet et stykke på vei. Men om dette henger sammen med at de har en stor innvandrerbefolkning eller om det er andre variabler som kan forklare at deres satsing på folkehelse svarer ikke disse resultatene på. Det vil vi se nærmere på i det videre arbeidet.

Det å sammenligne en stor og liten grupper kommuner – i dette tilfellet 21 opp mot 228 – er ikke helt uproblematisk rent metodisk, men de prosentvise forskjellene er i dette tilfellet så markante at

det er rimelig å konkludere med at de innvandrerrike kommunene befinner seg i det mest endringsvillige sjiktet av norske kommuner.

Når det gjelder den andre kategorien (109 kommuner) gir surveyen både et innblikk i hvordan de driver folkehelsearbeid og om de benytter seg av universelle eller spesielle virkemidler i dette arbeidet. Svarene viser at *generelle integreringstiltak* er utbredt blant tre av fire av disse kommunene. Videre viser den at de *spesielle* tiltakene som er mest utbredt er individrettede tiltak innenfor språkopplæring etterfulgt av kommunalt integrasjonsprogram for flyktninger. På plassene etter følger henholdsvis individrette tiltak innenfor helsetjenestene, tolketjenester og organiserte fritidsaktiviteter for etnisk minoritetsgrupper.

5 Hvilke endringer kan tilskrives reformagendaen?

5.1 Nye forståelsesformer, organisatoriske endringer og tiltak

Selv om teamet ikke har data om den overordnede forståelsen av folkehelse i hele den kommunale organisasjonen før reformen ble iverksatt, er respondentenes oppfatninger av reformens betydning for det økte folkehelsestrykket i 2014 så entydig at vi har funnet det rimelig å konkludere med at reformen har ført til en ny og dypere forståelse av folkehelsearbeid i Norske kommuner. Mange kommuner har hatt et sterkt fokus på folkehelse i mange år før 2012 og noen intensiverte sågar oppmerksomheten mot dette rett før iverksettelsen av reformen fordi de viste at den ville komme til å ha et spesielt fokus på folkehelsearbeid. Men det faktum at så mye som 88 prosent av respondentene som deltok i undersøkelsen svarer ja på om fokuset har endret seg som følge av reformen, er en så høy ja-andel at det er rimelig å konkludere med at vi har identifisert en reformspesifikk effekt.

Så kan man innvende at det økte fokuset til nå ikke har vært sterkt nok til å skape organisasjonsendringer som kan få kommunen til å prioritere folkehelsearbeid. Som allerede dokumentert, er folkehelsearbeidet bare *noe*, og ikke mye, mer strategisk forankret i løpet av de to første årene av reformen. Og selv om oversiktsarbeidet har skutt fart, og at forbyggende og helsefremmede tiltak derfor er kommet i fokus på en helt annen og tydeligere måte enn tidligere, er det også i sin spede begynnelse. Vi vet ennå ikke om trykket på dette arbeidet blir stort nok til at folkehelse for alvor legger betydelige føringer på prioriteringer på plansiden eller legger betydelige føringer på politiske prioriteringer med budsjettmessige og/eller organisatoriske implikasjoner i den

enkelte kommune. Det er verd å merke seg at bare 19 respondenter oppgir at oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i arealplanen. Vi vet, rett og slett, for lite om de tiltak som integreres i planer faktisk virkeliggjøres.

Endringene i satsinger på oversiktsarbeidet er imidlertid så betydelig at vi betrakter dette som det området som de reformspesifikke styringssignalene har hatt størst effekt. At det økte trykket på oversiktsarbeidet ikke skulle ha noe med reformen å gjøre, men derimot er noe kommunene ville ha gjort uavhengig av reformen, holder teamet lite sannsynlig. Kommunene skulle også før reformen ha oversikt over helsetilstanden etter kommunehelsetjenesteloven. Det var det svært få kommuner som gjorde (Hofstad og Vestby, 2009; Helgesen og Hofstad 2012). At hele 20 prosent flere kommuner har utarbeidet oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorene etter to år, mener vi i seg selv er en indikasjon på at det har skjedd en reforminitiert endring. Når vi også tar i betraktning Folkehelsesloves tunge fokus på oversiktsarbeidet, veilederen og forskriften som fulgte med, og at kommunene selv oppgir at styrking av kunnskapsgrunnlaget og økt tverrsektorielt arbeid er utviklet som en oppfølging av reformen, er det rimelig å konkludere med at vi har å gjøre med en reforminitiert endring.

Når det gjelder de innvandrerrike kommunene, spesielt, har teamet ingen tidsseriedata og forholde seg til og det er derfor umulig å si om reformen har hatt en spesiell effekt her selv om disse kommunene, i henhold til undersøkelsen, ligger i det mest reformvillige sjiktet. På grunn av mangel på tidsseriedata har funnene fra de innvandrerrike kommunene mest interesse som en benchmarking av hvordan innvandrerrike kommuner driver folkehelsearbeid og om de benytter seg at universelle eller spesielle virkemidler i dette arbeidet.

5.2 Noen foreløpige refleksjoner rundt den kommunale medfinansieringsordningen

Samhandlingsreformens forventinger om at det er positive økonomiske ringvirkninger fra iverksatte folkehelseiltak i form av reduksjon i antallet innlagte i sykehus, har allerede blitt undersøkt av andre forskersteam. Imidlertid er deres funn basert på

observasjoner i et begrenset antall kommuner. Abelsen mfl (2012) baserer seg på funn fra kvantitative data fra 86 kommuner i en tidlig fase etter reformstart. Dette teamet konkluderer med at kommunene er usikre på om de skal satse på korttidsforbygging siden de økonomiske effektene av slike tiltak ligger langt fram i tid. Helgesen mfl (2014) berører problematikken året etter og konkluderer, på bakgrunn av fokusgruppeintervjuer i 12 kommuner, med at de økonomiske ringvirkningene oppfattes som usikre på kommunalt nivå. Våre funn i de åpne svarkategoriene støtter opp under begge disse funnene. Men hva kan vi lese ut av svarene på de strukturerte spørsmålene?

Hele tre av fire kommuner oppgir at de har styrket arbeidet med å forebygge livsstilssykdommer (for eksempel relatert til kosthold, alkohol, tobakk og fysisk inaktivitet) som en oppfølging av reformen. Dette kan tyde på at det er et økt trykk på forebygging rent allment. Flere respondenter oppgir likevel i de åpne feltene at de ville ha satset like mye på dette selv uten reformen, slik at den reformspesifikke effekten er langt fra entydig ut fra svarene på dette spørsmålet. Dessuten er ikke dette funnet i seg selv en sterk indikasjon det dreier seg om korttidsforbygging som tar sikte på å redusere omfanget av kommunale innleggelse i spesialist sykehus. Vi kan imidlertid undersøke dette nærmere ved å se på den bivariate sammenheng mellom det å satse på denne formen for forbygging og en del andre variable i undersøkelsen.

Tall fra undersøkelsen viser at 38,4 prosent av alle kommunene i undersøkelsen (99 stk) oppgir at hovedprioriteten i det konkrete arbeidet med folkehelse er å 'forebygge sykdom som på kort sikt kan føre til innleggelse på sykehus'. Disse oppgir også, i høyere grad enn andre kommuner, at det har styrket arbeidet med å forebygge livsstilssykdommer som en oppfølging av reformen, noe som kan tyde på at disse spørsmålene interessante å se i sammenheng når vi skal analysere nærmere om vi kan spore en effekt av medfinansieringsordningen. Det er også interessant at disse i større grad enn andre kommuner oppgir å ha styrket frisklivssentralen som en oppfølging av reformen eller at de har mottatt økonomisk stimuleringsmidler til folkehelsearbeid fra fylkeskommunen. Her er det åpenbart en mindre gruppe kommuner som forholder seg mer aktivt til å forhindre innleggelse og samtidig de er ekstra pro-aktive i investere midler i forebygging etter 2012.

Her kan medfinansieringsordningen ha spilt inn. Imidlertid har vi ennå ikke fått kontrollert for om det er samspillsvariable eller bakenforliggende variabel som er med å forklare det høye trykket på å forhindre innleggelser i disse kommunene. Dette vil vi komme nærmere tilbake til i fremidige analyser.

At gruppen utgjør et mindretall av norske kommuner samsvarer forøvrig godt med respondentenes utsagn i de åpne svarfeltene: to tredjedeler av dem hevder, i vid forstand, at rammene for kommunal medfinansiering og håndtering av utskrivningsklare pasienter har vært for små og at kommunene derfor ikke har fått frigjort nok midler til å prioritere folkehelsearbeidet.

Litteratur

- Aasland, Å. og S. Søholt (2014): *Immigrant spatial distribution and neighbourhood hierarchies in Norwegian rural districts*. Paper presentert på 3rd Conference for Rural Research, Trondheim. 2014 9-12 September
- Aalandslid; Vedbjørn (red) (2007): *Innvandrerers demografi og levekår i 12 kommuner i Norge*, Rapport 24. Statistisk Sentralbyrå.
- Abebe, D. S. (2010): *Public Health Challenges of Immigrants in Norway*. A research Review. NAKMI report 2/2010
- Abelsen, B., T. Ringholm, P. Emus og M. Aanesen (2012): *Hva har samhandlingsreformen kostet kommunene så langt?* Norut-Alta rapport 2012:9
- Barstad, A. S. (2011): Ressurser, behov og subjektiv livskvalitet. En analyse av levekårsundersøkelsen 2008. *Tidskrift for velferdsforskning*, 14:3, 163-180
- Blom, S. (2008): *Innvandrerers helse 2005/2006*. Rapport 35. Statistisk Sentralbyrå.
- Blom, S. og K. Henriksen (2008a): *Levekår blant innvandrere 2005/2006*. Rapport 8. Statistisk Sentralbyrå.
- Blom S. (2010): *Sosiale forskjeller i innvandres helse*. Funn fra Levekår bland innvandrere 2005/2006. Statistisk Sentralbyrå.
- Blom S. (2011): *Dårligere helse blant innvandrere*. Samfunnspeilet 2011/2. Statistisk Sentralbyrå.
- Castels, S., H. Hein, og M. Miller (2013): *The Age of Migration International Population Movements in the Modern World*. London: Macmillan

- Dahl, E., Bergsli, H., og K. van der Wel (2014): *Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt*. Sammendragsrapport. Oslo: Høgskolen i Oslo og Akershus
- Dahlgren, G og M. Whitehead. (1991). *Policies and strategies to promote social equality in health*. Stockholm: Institute for future studies.
- Diabetesforbundet.(2014). *Diabetes*. Lastet ned 18.12.14
http://www.diabetes.no/Innvandrere.b7C_wlbSYI.ips
- Ihle, R and T. Sudmann (2014: *Sosiale ulikheter i helse*. I Ursula Småland Goth (red.). *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal 2014
- Hofstad, H og Vestby, G.M. (2009): *Lokalt folkehelsearbeid- Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse*. NIBR Working paper 2009:102, Oslo: Norwegian Institute for Urban and regional research.
- Fracser, N (2009): *Social Justice in the age of identity politics: redistribution, recognition and participation*. In M. Waterstone and G Henderson (red.) *Geographic thought: A praxis perspective* (pp. 72-90). London: Routledge
- Fosse, E. (2007): "Inter-professional and inter-sectoral health promotion". I, Axelson, R. og S. B. Axelsson (ed): *Inter-sectorial health promotion between professions, organizations and sectors of society*. Studentlitteratur, Lund
- Fosse, E. og M. Helgesen, (2015?) *How can local governments level the social gradient in health among families with children? The case of Norway*. Accepted for publication in: *International Journal of Child, Youth & Family Studies*
- Frumkin, H. (2003): "Healthy places: exploring the evidence", *American Journal of Public Health*, 93:9, 1451-1456.
- Goth, U. S. (red.). *Folkehelse i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal 2014
- Grøholt, E. K., E. Dahl og J. I. Elstad (2007): Health inequalities and the welfare state. *Norsk Epidemiologi* 2007;17 (1):3-8
- Hajer, M. (1995): *The politics of environmental discourse. Ecological modernization and the policy process*, Oxford: Clarendon Press.

- Helsedirektoratet. (2005): *Gradientutfordringen - Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse, rapport IS-1229*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2009): *Migrasjon og Helse. utfordringer og utviklingstrekk*. (IS-1663)
- Helsedirektoratet (2010): *Folkehelsearbeidet – veien til god helse for alle* (IS-1846) Oslo
- Helsedirektoratet (2011): *Veileder for kommunale frisklivssentraer. Etablering og organisering*. Rapport IS-1896. Oslo
- Helsedirektoratet (2014): *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Rapport 1S 2204
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/samfunnsutvikling-for-god-folkehelse/Sider/default.aspx>. Lastet ned 23. Desember 2014
- Helsedirektoratet 2013. *Roller og ansvar i folkehelsearbeidet*.
<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid/roller-og-ansvar/Sider/default.aspx>. Lastet ned 23. Desember 2014
- Helgesen, M. og H. Hofstad (2012): *Kommunalt og fylkeskommunalt folkehelsearbeid. Ressurser, organisering og koordinering*. En Statusrapport. NIBR-rapport 2012:13 Norsk institutt for by- og regionforskning
- Helgesen, M. K, H. Hofstad. L.K. Risan, I. Stang, G. E. Rønningen, og C. Lorentsen (2014): *Folkehelse og forbygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport. 2014: 3
- Hofstad, H og G. M. Vestby (2009): *Lokalt folkehelsearbeid- Underveisevaluering av Helse i Plan og Partnerskap for folkehelse*. NIBR Working paper 2009:102, Oslo: Norwegian Institute for Urban and regional research.
- Hofstad, H. (2014): *Lokalt folkehelsearbeid – status, utfordringer og anbefalinger*. Velegg 1 i Helsedirektoratet (2014). Samfunnsutvikling for god folkehelse. Rapport 1S 2204 Kommunehelsetjensteloven.1987. (tillegg). § 1.4 a
- Lillegård, M. og A. Seierstad (2013): *Introduksjonsordningen i kommunene. En sammenlikning av kommunenes resultater*. Statistisk sentralbyrå. Rapport 55

- Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven) LOV-2011-06-24-29
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) LOV-2011-06-24-30
- Osborne, S. P. (2010): Introduction. The (New) Public Governance: a suitable case for treatment? In S. P. Osborne (ed): *The new Public Governance? Emerging perspectives on the theory and practice of public governance*. Routledge, New York
- Queens University (2014): Multicultural Policies in Contemporary Democracies. <http://www.queensu.ca/mcp/index.html>. Lastet ned 17. desember 2014
- Raphael, D. (2012): 'The political economy of health promotion: part 1, national commitments to provision of the prerequisites for health'. *Health Promotion International*. Vol. 28 No 1
- Røiseland, A. and S.I. Vabo (2008): *Governance på norsk. Samstyring som empirisk og analytisk fenomen*. Norsk statsvitenskapelig tidsskrift. Vol 24, p 86-107
- SSB 2014. Befolkningsstatistikk. <http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/innvbef/aar/2014-04-24?fane=tabell&sort=nummer&tabell=173759>
- Scott et al. (2007): *Lay Health Advisor Interventions Among Hispanics/Latinos: A Qualitative Systematic Review* American Journal of Preventive Medicine, Volume 3, Issue 5
- Schou, A. og M. K. Helgesen, 2012. 'Governing of the coordination reform in Norway through hierarchy, market and network-mechanisms; early phase lessons from three different sized municipalities' Paper presented at the NEON-conference at Sogn og Fjordane University College, 21 November 2012
- Schou, A. og E. Fosse (2015): 'Can the state provide equity for all? The case of Norway'. In Dennis Rafael (eds.). 2015. *Immigration in Modern Nations*. Toronto: Canadian Scholars' Press/Women's Press (forthcoming)
- Schmidt, V. (2010): 'Taking ideas and discourse seriously: explaining change through discursive institutionalism as the fourth new institutionalism', *European Political Science Review*, 2 (1), pp. 1–25.

- Scott, W. R. (1995): *Institutions and Organizations*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- St.meld. nr. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. *Helse- og sosialdepartementet*
- St.meld. nr. 20 (2006-2007)'Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller' *Helse- og sosialdepartementet*
- St. meld. nr. 29 (2012-2013): *Morgendagens omsorg*. Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo
- St. meld. nr. 47 (2008-2009): "Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid". *Helse- og sosialdepartementet*
- Todd A. et al. (2001): *Preventing Type 2 Diabetes Perceptions about risk and prevention in a population-based sample of adults ≥45 years of age* Diabetes Care, vol. 24 no. 11 2001
- Vabo, S. I. 2000. 'Kritiske faktorer for evaluering av kommunale reformer.' I Foss. O og J. Mønnesland (red.) Evaluering av offentlig virksomhet. Metoder og vurderinger. NIBR-rapport 2000:4
- Vedeld, T. og H. Hofstad (2014): *Tilnærminger, modeller og verktøy i folkehelsearbeidet. En kunnskapsoppsummering*. NIBR rapport. 2014:13
- Vedung, E. (1998): *Utvärdering i politik och förvaltning*, Studentlitteratur Lund
- World Health Organization: 2010. *Health of migrants – the way forward*. Report of a global consultation. March
- Waterstone, M and G. Henderson (red.) (2009): *Geographic thought: A praxis perspective* (pp. 72-90). London: Routledge.

Vedlegg 1

Spørreskjema til kommuner og bydeler

Kommuner/bydeler i Norge med høyeste andel lengeboende (25 år og mer) andel innvandrere (inkl. etterkommere) fra Sri Lanka, Pakistan, Iran, Irak, Vietnam og Tyrkia. Prosent av befolkningen. 2014

Kommune/ bydel	Innvandrerbefolkning	Befolkning	Prosent
Søndre Nordstrand	2551	37057	6,9
Stovner	1848	31346	5,9
Alna	2829	48307	5,8
Grorud	837	27100	3,1
Bjerke	712	30327	2,3
Gamle Oslo	1131	48411	2,3
Lørenskog	722	34200	2,1
Drammen	1215	65000	1,9
Østensjø	852	48000	1,8
Skedsmo	853	51188	1,7
Grynerløkka	847	52198	1,6
Moss	494	31000	1,6
Rælingen	217	16800	1,3
Nedre Eiker	261	23000	1,0
Lier	133	25175	0,5
Sandnes	339	70000	0,5
Bærum	538	118500	0,5
Kristiansand	385	84000	0,3
Stavanger	428	130000	0,3
Bergen	639	208000	0,3
Sagene	312	38637	0,1

Vedlegg 2

Oversikt over innvandrerrike kommuner



Dette spørreskjemaet handler om kommunens arbeid med Samhandlingsreformen. Reformen ble iverksatt 1. januar 2012 og består av Folkehelseloven og Helse- og omsorgstjenesteloven.

Vi ber deg svare på spørsmål som både handler om det generelle folkehelsearbeidet og helse- og omsorgssektorens spesifikke innsats for helsefremming og forebygging. I tillegg har vi inkludert noen spørsmål som dreier seg spesifikt om innvandrerbefolkningen.

Begrepene folkehelse og folkehelsearbeid vil brukes i spørsmålene. Med folkehelse menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning. Med folkehelsearbeid menes samfunnets innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger sykdom og skade, og utjevner sosiale forskjeller i helse.



Mener du fokuset i kommunens folkehelsearbeid har endret seg etter Samhandlingsreformen trådte i kraft i januar 2012?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



På hvilken måte?



Samhandlingsreformen stiller sterkere krav til den kommunale helse- og omsorgssektorens deltakelse i pasientbehandling, samt at denne sektoren skal ha et økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon. Samtidig - gjennom folkehelseloven - bes kommunene om å bygge opp et bredt folkehelsearbeid hvor kommunen som helhet er i føreasetet. Til sammen medfører dette at kommunene skal arbeide både helsefremmende, forebyggende og utvikle nye tjenestetilbud.

Er konkrete helsefremmende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss.

- Styrking av det tverrsektorielle folkehelsearbeidet
- Styrking av kunnskapsgrunnlaget for folkehelsearbeidet
- Integrering av folkehelse i kommuneplanleggingen
- Utvikling av nye sosiale møteplasser i kommunen
- Økt samarbeid med frivillige organisasjoner
- Ingen helsefremmende tiltak er iverksatt
- Annet
- Vet ikke



Er konkrete forebyggende tiltak utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss.

- Forebygging av livsstilssykdommer (kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, osv)
- Forebygging av fallulykker i hjemmet
- Forebygging av trafikkfarlige situasjoner
- Forebygging av psykiske lidelser
- Ingen forebyggende tiltak er iverksatt
- Annet
- Vet ikke



Er nye tjenestetilbud utviklet som en oppfølging av samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss.

- Etablering av øyeblikkelig hjelp-tilbud
- Etablering av eller styrking av frisklivssentral
- Etablering av rehabiliteringstilbud
- Styrket hjemmetjenesten
- Styrket Institusjonstilbud
- Etablering av lokalmedisinske sentra
- Ingen nye tjenestetilbud har blitt utviklet
- Annet
- Vet ikke



I hvilken grad er det ressursmessig utfordrende å kombinere samhandlingsreformens krav om økt pasientbehandling, forebygging og tidlig intervensjon med kravene i Folkehelse-loven om et mer systematisk, bredt folkehelsearbeid?

- Ikke utfordrende
- Utfordrende
- Svært utfordrende
- Vet ikke

Her har du muligheten til å utdype synet ditt på dette spørsmålet

**OM OVERSIKTSARBEID**

Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer i kommunen, jfr. Folkehelseloven § 5?

- Ja
- Nei
- Vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet
- Vet ikke



På hvilke områder er det laget oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer? Her kan det settes flere kryss.

- Befolknings sammensetning
- Oppvekstforhold
- Levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd/levevaner
- Helsetilstand
- Annet

På hvilken måte er oversikten fulgt opp politisk og administrativt? Her kan det settes flere kryss.

- Det er laget en kunnskapsbase som også inkluderer folkehelseprofilen
- Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i planstrategien
- Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i et handlingsprogram
- Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i kommuneplanens samfunnsdel
- Oversikten har lagt grunnlag for prioriteringer i arealplanen
- Oversikten trekkes inn i politiske beslutninger som angår relevante sektorer
- Oversikten trekkes inn i politiske beslutninger som angår folkehelseutfordringer
- Oversikten ligger til grunn for valg av tiltak
- Annet
- Oversikten er ikke fulgt opp politisk og administrativt
- Vet ikke

Er oppfølgingen av oversikten knyttet til spesifikke grupper? Her kan du sette flere kryss.

- Utsatte barn og unge i skoler og barnehager
- Familier i utsatte situasjoner (vedvarende lav inntekt, dårlig bolig/bomiljø, somatisk og mental sykdom, rus)
- Utsatte eldre
- Oversikten knyttes ikke til spesifikke grupper
- Vet ikke
- Andre grupper. spesifiser



På hvilke områder har kommunen de største folkehelseutfordringene? Her kan du sette flere kryss.

- Befolnings sammensetning
- Oppvekstforhold
- Levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd/levevaner
- Helsetilstand
- Annet
- Vet ikke

Bidrar følgende virkemidler i folkehelsearbeidet? Kryss av de du mener bidrar

- Folkehelseprofiler og annen statistisk informasjon fra Folkehelseinstituttet
- Forskrifter, veiledere, rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet
- Veiledere og annet materiell fra Helsedirektoratet
- Økonomiske tilskudd fra Helsedirektoratet/ Fylkesmannen
- Tilsyn fra Fylkesmannen
- Råd og veiledning fra Fylkesmannen
- Partnerskap/nettverk med fylkeskommunen
- Stimuleringsmidler fra fylkeskommunen
- Råd/veiledning/kunnskapsoverføring fra fylkeskommunen
- Interkommunalt samarbeid
- Annet, spesifiser

**ORGANISERING AV FOLKEHELSEARBEIDET**

Har kommunen etablert interne tverrsektoriell(e) gruppe(r) som arbeider med folkehelse? Her er vi interessert i tverrsektorielle grupper på strategisk nivå i kommunen.

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



Deltar representanter for følgende kommunale enheter i tverrsektorielle arbeidsgrupper om folkehelse? På hvilken måte? Her kan du sette flere kryss.

- Helsestasjon - og skolehelsetjeneste
- Barnevernsetaten
- NAV - sosial
- Bollgenheter
- Plan/miljø/teknisk
- Skoler
- Frisklivssentraler
- Kultur/idrett
- Rådmannens stab
- Psykisk helsearbeid
- Rusarbeid
- Pleie og omsorg
- Kommunelegetjenesten
- Barnehager
- Interkommunal enhet der folkehelse inngår
- Politi
- Tannhelsetjenesten
- Annet



Deltar kommunen i nettverk om folkehelse hvor eksterne aktører deltar?

- Ja
- Nei
- Vet ikke



Hvilke eksterne aktører deltar i nettverk om folkehelse? På hvilken måte? Her kan du sette flere kryss.

- Andre kommuner
- Fylkeskommunen
- Fylkesmannen
- Idrettslag
- Friluftsansjasjoner (DNT, Jeger- og fisk, etc)
- Humanitære organisasjoner (NKS, Røde Kors, etc)
- Politiske partier
- Seniororganisasjoner/eldreråd
- Barne- og ungdomsorganisasjoner
- Private bedrifter/næringslivsorganisasjoner
- Organisasjoner for brukere av helsetjenester (FFO, Mental helse, etc)
- Sykehus
- NAV
- Andre
- Nei, vi deltar ikke slike nettverk



Har kommunen en folkehelsekoordinator?

Ja

Nei

Vet ikke

**Hvem er folkehelsekoordinatorens nærmeste leder?**

- Rådmannen
- Leder for kultur
- Helsesjef/kommuneoverlege
- Leder for oppvekst
- Plansjef
- Annet

Hvor stor andel av folkehelsekoordinatorens tid er satt av til å drive folkehelsearbeid?

- 10-20 %
- 30-40 %
- 50-60 %
- 70-80 %
- 90-100 %
- Annet

Hva er folkehelsekoordinatorens eventuelle andre oppgaver? På hvilken måte? Her kan du sette flere kryss nedenfor.**a. Administrative/stabsoppgaver knyttet til:**

- Planlegging
- Helse
- Rådmannens stab
- Kultur/idrett
- Oppvekst
- Teknisk
- Annet
- Vet ikke

b. Brukerrettet arbeid innenfor:

- Hjemmetjenesten
- Psykisk helsearbeid
- Helsestasjon/ skolehelsetjeneste
- Barnevern
- Barnehage
- Institusjonstjenesten
- Habilitering/rehabilitering
- Skole
- Friskliv
- FYSAK
- Innvandrere spesielt
- Annet
- Vet ikke



TILTAK

Det finnes mange tiltak en kommune kan sette i verk for å bedre folkehelsen og redusere sosial ulikhet. Mange er brukerrettet, mens andre er rettet mot planlegging og beslutninger.

Hva har hovedprioritet i det konkrete arbeidet med folkehelse og forebygging?

- Befolknings sammensetning
- Oppvekstforhold
- Levekårsforhold
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø
- Skader og ulykker
- Helserelatert atferd (livsstil/levevaner)
- Helsetilstand - forebygge sykdom som på kort sikt kan føre til innleggelse på sykehus
- Annet
- Vet ikke



På hvilket område har kommunen styrket de ansattes kompetanse for å kunne iverksette samhandlingsreformen? Her kan du sette flere kryss.

- Nei, har ikke styrket kompetansen
- Planlegging
- Rådmannens stab
- Kultur/idrett
- Oppvekst
- Skole
- Teknisk
- Hjemmetjenesten
- Psykisk helsearbeid
- Helsestasjon/ skolehelsetjeneste
- Barnevern
- Barnehage
- Institusjonstjenesten
- Habilitering/rehabilitering
- Friskliv
- FYSAK
- Annet
- Vet ikke



SOSIAL ULIKHET I HELSE

Begrepet om sosial ulikhet i helse peker på at det er en klar sammenheng mellom sosioøkonomisk status og folks helse. Forskjellene som oppstår knyttes først og fremst til utdanning, inntekt og arbeid, men også til oppvekstvilkår knyttet til fysisk bomiljø. Både fordelingsmessige tiltak for å bedre levekår er aktuelle.

Er fordelingshensyn prioritert på følgende områder?

I kommuneplanen

Ja Nei Vet ikke

I sektor-/virksomhetsplaner

Ja Nei Vet ikke

I saksfremstillinger til politiske beslutninger

Ja Nei Vet ikke

I tiltak rettet mot folkehelse og forebygging

Ja Nei Vet ikke

Slik du ser det, kan kommunen bidra til å redusere sosial ulikheter i helse?

Ja Nei Vet ikke



På hvilken måte? Her kan du sette flere kryss.

- Gjennom å styrke generelle velferdstilbud
- Gjennom målrettet innsats overfor sosialt vanskeligstilte grupper
- Gjennom å kombinere styrking av generelle velferdstilbud og målrettet innsats overfor sosialt vanskeligstilte grupper
- Annet, spesifiser



TILTAK RETTET MOT INNVANDRERBEFOLKNINGEN

Deler av innvandrerbefolkningen har andre helseutfordringer enn befolkningen for øvrig; det er blant annet flere som har type-2 diabetes, angina, leddgikt, psykiske lidelser og overvekt. I denne seksjonen er vi spesielt interessert i de spesifikke tiltakene overfor innvandrerbefolkningen.

I følge Statistisk Sentralbyrå defineres innvandrere som personer som selv har innvandret til Norge, og som er født i utlandet av utenlandsfødte foreldre. I dette prosjektet defineres innvandrerbefolkningen som denne gruppen pluss deres etterkommere som er født i Norge.

Har kommunen utarbeidet oversikt over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer for denne gruppen spesielt, jfr. Folkehelseloven § 5? (sett et kryss)

- Ja, både over helsetilstanden og positive og negative påvirkningsfaktorer
- Kun oversikt over helsetilstanden
- Kun oversikt over positive og negative påvirkningsfaktorer
- Nei, ingen av delene
- Vi er i ferd med å starte opp dette arbeidet
- Vet ikke



Har din kommune et spesielt fokus på forebygging og helsefremmende tiltak overfor innvandrerbefolkningen?

Ja

Nei

Vet ikke

**På hvilken måte? Her kan du sette flere kryss.**

- Generelle integreringstiltak
- Arenaspesifikke tiltak (for eksempel gratis kjerneid i barnehagen, tiltak i biblioteket, etc)
- Individrettede tiltak innenfor språkopplæring
- Individrettede tiltak innenfor helsetjenesten
- Individrettede tiltak i skolen/barnehagen
- Integrerte tiltak i kommunens introduksjonsprogram for flyktninger
- Eget opplegg for diagnostikk, screening
- Tolketjenester
- Helseopplysningskampanjer tilpasset etniske minoritetsgrupper
- Organiserte selvhjelpsgrupper for etniske minoritetsgrupper
- Organiserte aktivitetsgrupper for etniske minoritetsgrupper
- Samarbeid hjem - skole
- Egne tiltak i regi av Frisklivssentralen
- Ingen tiltak
- Vet ikke
- Andre tiltak, spesifiser



På hvilket område har kommunen styrket de ansattes kompetanse for bedre å kunne ivareta innvandrerbefolkningen? Her kan du sette flere kryss.

- Nei, har ikke styrket kompetansen
- Folkehelsekoordinatoren har økt fokus på denne gruppen
- Kommunen har ansatt en minoritetskoordinator
- Har ansatt flere med flerkulturell kompetanse
- Har ansatt flere i skolehelsetjenesten eller i helsestasjon
- Har ansatt flere lærere på skoler med høy innvandrerandel
- Har styrket eksisterende ansattes kompetanse
- Fastlegene har mer fokus på den gruppen
- Vet ikke
- Andre deler av staben, spesifiser



Har din kommune etablert nye former for koordinering av arbeidet overfor denne gruppen de to siste årene? Her kan du både krysse av flere og utdype.

- Samarbeid internt mellom kommunens sektorer/etater
- Interkommunalt samarbeid
- Samarbeid med frivillig sektor
- Eksterne aktører (fylkesnivå, stat andre)
- Andre former for koordinering

Her har du muligheten til å utdype dette spørsmålet:

KOSTNADER

Hvor mye har din kommune brukt av ekstra ressurser for å identifisere folkehelseutfordringer og ivareta det forebyggende helsearbeidet (f.eks tilsetting av folkehelsekoordinator?)

Hva er din formelle tittel/posisjon?