

# Folkehelse

## – fra plan til praksis

En prosjekt- og  
erfaringsoppsummering



Hans Donali Tilset, Gudveig Gjørund

NTNU Samfunnsforskning

Juni 2015





Samfunnsforskning

### Studio Apertura

Postadresse: 7491 Trondheim  
Besøksadresse: Dragvoll Allé 38B,

Telefon: 73 59 63 00  
Telefaks: 73 59 62 24  
E-post: kontakt@samfunn.ntnu.no  
Web.: www.samforsk.no

Foretaksnr. NO 986 243 836

# RAPPORT

TITTEL

## Folkehelse – fra plan til praksis

En prosjekt- og erfaringsoppsummering

FORFATTERE

Hans Donali Tilstet, Gudveig Gjørund

OPPDRAKSGIVER  
Helsedirektoratet

GRADERING

Åpen

OPPDRAKSGIVERS REF.

Monica Fleisje

ISBN

978-82-7570-420-5

PROSJEKTNR.

2604

ANTALL SIDER OG BILAG

41 + 4

DATO

05.06.2015

PROSJEKTLEDER

Hans Donali Tilstet

KVALITETSSIKRET AV

Tonje C Osmundsen

SAMMENDRAG

Denne rapporten er sluttrapport etter følgeevalueringen NTNU Samfunnsforskning har gjennomført av Sør-Trøndelag fylkeskommune sitt prosjekt "Oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner" hvor Helsedirektoratet var bestiller. Fylkeskommunens prosjekt skulle "Utvikle modeller og formidle erfaringer med hvordan lokalt folkehelsearbeid utøves i praksis, herunder modeller og erfaringer med folkehelse i lokal planlegging i særdeleshet". I samarbeid med et utvalg kommuner i Sør-Trøndelag skulle fylkeskommunen samle inn erfaringer, metoder og modeller for hvordan kommunene arbeider for å få satt planlagte folkehelsemål ut i livet. Følgeevalueringen er blitt gjennomført med en mer deltakende rolle enn tradisjonelle følgeevalueringer. En viktig del av prosjektet har vært å delta sammen med fylkeskommunen ved kommunebesøk og i felles kommunesamlinger. Denne rapporten er derfor en erfaringsoppsummering og refleksjonsrapport knyttet til Sør-Trøndelag fylkes-kommune sin prosjektgjennomføring.

STIKKORD

Folkehelse, planer, operasjonalisering



## FORORD

Denne rapporten er sluttrapport etter en følgeevaluering av Sør-Trøndelag fylkeskommune sitt prosjekt ”*Oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner*”. Etter dialog med fylkeskommunen og avtale med Helsedirektoratet, som var oppdragsgiver, har evalueringsprosjektet blitt gjennomført med NTNU Samfunnsforskning i en mer deltakende rolle enn det som er vanlig ved følgeevaluering. Dette var en naturlig konsekvens av at aksjonsforskning ble benyttet som metode i prosjektet. En viktig del av prosjektet har vært å delta sammen med fylkeskommunen ved kommunebesøk og i felles kommunesamlinger. Denne rapporten må derfor sees på som en erfaringsoppsummering og refleksjonsrapport knyttet til Sør-Trøndelag sin prosjektgjennomføring.

NTNU Samfunnsforskning har i store deler av prosjektet vært en aktiv deltaker i fylkeskommunens prosjekt, og derigjennom bidratt med den kunnskap og de faglige referanser som til enhver tid har vært relevant. I tilknytning til fylkeskommunens prosjekt har NTNU Samfunnsforskning utarbeidet en kunnskapsoppsummering som er utgitt som egen rapport.

Denne erfaringsoppsummeringen er basert på deltakelse i flere av prosjektets møter med kommuner og fellessamlinger samt på deltakelse i interne arbeidsmøter i prosjektet. Representanter fra de deltakende kommunene samt sentrale personer i prosjektet er blitt intervjuet over telefon eller ansikt-til-ansikt.

Vi vil takke folkehelsekoordinator i Sør-Trøndelag fylkeskommune, *John Tore Vik*, og prosjektleder, *Anne Lise Nessæther*, for et faglig interessant samarbeid og for deres interesse og åpenhet i diskusjoner underveis i prosjektet. Vi takker også representantene fra kommunene for deres samarbeid og velvilje og er takknemlige overfor de som har stilt opp til intervju.

Trondheim, juni 2015  
NTNU Samfunnsforskning, Studio Apertura

Hans Donali Tilset  
Prosjektleder



# INNHOOLD

FORORD .....	v
SAMMENDRAG .....	xi
1 Innledning.....	1
1.1 Leserveiledning.....	1
1.1.1 Rapportens oppbygging .....	1
1.1.1 Begrepsbruk .....	1
1.2 Valg av form på gjennomføring .....	2
1.3 Gjennomføring .....	2
1.4 En kunnskapsoppsummering .....	3
2 Fra plan til praksis.....	4
2.1 Funn i kunnskapsoppsummeringen.....	4
2.2 Hjelp til kommunikasjon og forståelse .....	5
2.2.1 Kommunenes årshjul.....	5
2.2.2 Operasjonalisering.....	6
2.2.3 Overordnet prosessmodell for folkehelsearbeid.....	7
2.2.4 Om teori og praksis .....	8
3 Prosjektetablering og oppstart.....	8
3.1 Bakgrunn for søknad om prosjektmidler .....	8
3.2 Om oppdraget fra Helsedirektoratet.....	9
3.2.1 Helsedirektoratets bestilling og kriterier for tildeling .....	9
3.2.2 Refleksjon fra fylkeskommunens prosjektgruppe .....	10
3.2.3 Oppdraget - Våre refleksjoner.....	10

3.2.4	Prosjektstart .....	11
3.2.5	Organisering .....	11
3.2.1	Prosjektbeskrivelse.....	12
3.2.1	Konkretisering .....	13
3.2.1	Plan for kommunedeltakelse.....	13
3.2.2	Refleksjon fra fylkeskommunens prosjektgruppe .....	14
3.2.3	Prosjektetablering - Våre refleksjoner.....	14
3.3	FoU partners rolle i prosjektet .....	15
4	Kommunenes erfaringer i samarbeid med Sør-Trøndelag fylkeskommune.....	16
4.1	Generelt om kommunenes arbeid med folkehelse .....	17
4.1.1	Rolle: Folkehelseansvarlig .....	17
4.1.2	Folkehelsearbeid i kommunene .....	18
4.1.3	Kompetanse blant politikere .....	18
4.1.4	Kommunale planprosesser .....	18
4.1.5	Folkehelsearbeid – Våre refleksjoner .....	19
4.2	Rekruttering av kommunedeltakere .....	19
4.2.1	Motivasjon for deltakelse .....	20
4.3	Forståelse av prosjektets innhold.....	21
4.3.1	Oppfatning.....	21
4.3.2	Forventninger .....	22
4.3.3	Forventninger - Våre refleksjoner .....	23
4.4	Prosjektgjennomføring.....	23
4.4.1	Heldagssamlingene.....	23



4.4.2	Kontakt med fylkeskommunen i prosjektperioden .....	24
4.4.3	Ressurskommunene .....	25
4.4.4	Håndbok i folkehelsearbeidet .....	26
4.4.5	Arbeid i egen kommune .....	26
4.4.6	Oppsummering - Gjennomføring .....	27
4.5	Kommunenes nytte av prosjektet og forslag til forbedringsområder .....	27
4.5.1	Nytte.....	27
4.5.2	Forbedringsområder.....	29
4.6	Ønsker om fylkeskommunens rolle i framtidige prosjekter .....	31
4.6.1	Kunnskapsleverandør .....	31
4.6.2	Tilrettelegger .....	32
5	Gjennomføring i fylkeskommunen .....	33
5.1	Folkehelse i Sør-Trøndelag fylkeskommune i dag .....	33
5.2	Fylkeskommunens refleksjoner .....	34
5.3	Vurdering av betydning av FoU deltakelse .....	36
6	Lærdommer.....	36
6.1	Felles forståelse .....	36
6.2	Fylkeskommunen som koordinator.....	37
6.3	Om prosjektarbeid i et utviklingsløp .....	37
6.4	Forankring av folkehelse .....	38
6.5	Om sammenligning av planprosesser.....	38
7	Oppsummering.....	39
8	Referanser .....	41

Vedlegg - Intervjuguider .....42

## SAMMENDRAG

Helsedirektoratet tildelte Sør-Trøndelag fylkeskommune et prosjektet for å *Utvikle erfaringer på områdene "oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner"*. Prosjektet skulle i følge Helsedirektoratet *"Utvikle modeller og formidle erfaringer med hvordan lokalt folkehelsearbeid utøves i praksis, herunder modeller og erfaringer med folkehelse i lokal planlegging i særdeleshet"*. Prosjektet skulle altså samle erfaringer og modeller fra et utvalg kommuner og presentere disse i en rapport innen et år etter tildelingen.

Med fratrekk for tid for tilsetting av prosjektleder, organisering av prosjekt samt oppstartsaktiviteter ble den reelle prosjektperioden omkring 6 måneder. Dette er svært kort tid med tanke på varigheten av kommunale planprosesser. Det var også utfordringer knyttet til at de kommunene som ble studert i prosjektet var i helt ulike faser i sine lokale planprosesser. Prosjektets intensjon om å samle erfaringer og metoder fra kommunenes planprosesser ble derfor mer komplisert enn antatt.

Fra fylkeskommunens folkehelsekoordinator sin side ble dette prosjektet betraktet som et ledd i et pågående utviklingsarbeid med folkehelse i fylket. Dennes erfaring med utviklingsarbeid er at det preges av en litt uavklart tilstand hvor det ikke alltid er så lett å konkretisere arbeidet. Folkehelsekoordinatoren var derfor innforstått med at prosjektet kunne være noe uklart. Prosjektlederen derimot, som var midlertidig tilsatt i 50% stilling, hadde en forventning om at prosjektet var en tidsbegrenset oppgave med klar intensjon og konkrete mål. Disse ulike forventningene bidro til utfordringer ved konkretisering av prosjektet. Ved prosjektstart hadde prosjektleder kun Helsedirektoratets formuleringer som føringer for prosjektets innhold. I tillegg var direktoratets bestilling svært omfattende og måtte avgrenses. Erfaringene i ettertid er at konkretisering av prosjektet tok lang tid, og at den heller ikke ble helt entydig. Dette gjorde det vanskelig å etablere felles forståelse både internt i prosjektet og med deltakerkommunene om hva dette prosjektet handlet om.

Deltakerkommunene hadde en forventning om at deltakelse i prosjektet skulle være til hjelp i egen hverdag både mht. hvordan vedtatte folkehelseplaner realiseres og mht. forankring av folkehelse i administrativ og politisk ledelse. Dette var ikke i samsvar med prosjektets intensjon om å samle metoder og erfaringer fra kommunene. Kommunene opplevde derfor at de ikke fullt ut fikk den hjelpen de hadde forventet, men at de var bidragsyttere til fylkeskommunen. Dette forventningsspriket er et resultat av at prosjektets innhold var uklart og vanskelig å

formidle til kommunene, men det viser også at direktoratets forventning til kommunene, slik den fremkommer i bestillingen, ikke stemmer helt med situasjonen ute i kommunene. Bestillingen er formulert som om det allerede finnes innarbeidede arbeidsprosesser, metoder og modeller ute i kommunene, og at prosjektet skulle ut og samle inn disse. Men slik er det ikke, i alle fall ikke i de kommunene som deltok i dette prosjektet.

Sør-Trøndelag fylkeskommune gjennomførte flere besøk ute i kommunene og arrangerte tre felles kommunesamlinger for erfaringsutveksling. Til tross for at flere kommuner ikke fikk den hjelpen de hadde forventet mht. planprosessen, var kommunene positive til prosjektet. Besøk og oppmerksomhet fra fylkeskommunen har bidratt til å øke statusen på folkehelse i egen kommune, og det har også gjort det enklere for folkehelsekoordinatorer å snakke om folkehelse i egen organisasjon. Fylkeskommunen har også blitt brukt som brekkstang av folkehelsekoordinatorer ved å henvise til at: "*fylkeskommunen sier at ...*". Kommunene formidler også at deltakelse i fellessamlinger med erfaringsutveksling og nettverksbygging har vært positivt. I sum er kommunene godt fornøyde med sin deltakelse i prosjektet.

Sør-Trøndelag fylkeskommune har organisert sitt folkehelsearbeid i *Enhet for regional utvikling*. Selv om de fleste i fylkeskommunen i større eller mindre grad kan relatere sitt arbeid til folkehelse, er det slik at det er en folkehelsekoordinator på full tid som har hovedansvaret for folkehelsearbeidet i fylkeskommunen. Prosjektlederen, som var ekstern, opplevde liten oppfølging fra ledernivå og ingen involvering i øvrige prosesser i fylkeskommunen hvor deltakelse ville vært naturlig. De forventningene som ligger på kommunene om sektorovergripende arbeid ser ikke ut til å gjenspeiles i særlig grad i fylkeskommunens hverdag. Etter avsluttet prosjekt forlater prosjektlederen fylkeskommunen og tar med seg mye av de erfaringer og relasjoner som er bygget opp underveis i prosjektet.

Til tross for sprik i forventninger og vanskeligheter med felles forståelse er de fleste kommunene svært positive mht deltakelse i prosjektet. Økt oppmerksomhet på folkehelse i egen kommune samt erfaringsoverføring og nettverksbygging i fellessamlinger har vært svært nyttig. Tilbakemeldingene fra kommunene er at fylkeskommunen har en viktig rolle i regionalt folkehelsearbeid og de etterspør kompetanse, veiledning og tjenester. De etterspør fylkeskommunen som regional koordinator.

# 1 Innledning

Helsedirektoratet tildelte Sør-Trøndelag Fylkeskommune et prosjekt for å *Utvikle erfaringer på områdene "oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner"*. Her skulle fylkeskommunen arbeide sammen med utvalgte kommuner i fylket for å samle erfaring med hvordan kommunene arbeider ved omsetting av overordnede mål i planstrategien til forpliktende prioriteringer i økonomi- og virksomhetsplaner. Altså hvordan en kommer fra planer til reell handling. Ut fra de erfaringene som er gjort skulle det i fylkeskommunens prosjekt beskrives hva som er effektive modeller for implementering av folkehelsearbeid.

I Helsedirektoratets bestilling til fylkeskommunen står det at prosjektet skal følges av en følgeevaluering som skal dokumentere erfaringer og lærdommer fra denne type arbeid. Helsedirektoratet tildelte NTNU Samfunnsforskning oppdraget med å gjennomføre denne følgeevalueringen.

Denne rapporten utgjør leveransen i det som i utlysningen fra Helsedirektoratet ble beskrevet som følgeevaluering.

## 1.1 Leserveiledning

### 1.1.1 Rapportens oppbygging

Rapporten er bygd opp med følgende kapitler:

Kap 1 : Innledende informasjon.

Kap 2 : Beskriver problemområdet *fra plan til praksis* og presenterer de organisasjonsmessige utfordringer dette handler om.

Kap 3 : Om oppstart og igangsetting av prosjektet slik fylkeskommunen opplevde det.

Kap 4 : Kommunenes opplevelse av prosjektet.

Kap 5 : Fylkeskommunens refleksjoner rundt gjennomføringen.

Kap 6 : Presentasjon av de viktigste lærdommene fra prosjektet.

Kap 7 : Oppsummering.

### 1.1.1 Begrepsbruk

#### ***Fylkeskommunen***

I denne rapporten brukes stedvis forkortelsen *STFK* for *Sør-Trøndelag fylkeskommune*. I disse sammenhenger menes Sør-Trøndelag fylkeskommune som

organisasjon. I en del sammenhenger brukes begrepet *Fylkeskommunen* i betydningen *fylkeskommunens representanter i prosjektet*.

### **Prosjektgruppen**

Prosjektet i Sør-Trøndelag fylkeskommune benyttet begrepet *Prosjektgruppe* på den gruppen som har fungert som referansegruppe og faglig støtte. Men prosjektet har ikke hatt eget begrep for den gruppen som i praksis har utført arbeidet. Denne gruppen består av fylkets folkehelsekoordinator og innleid prosjektleder.

*I denne rapporten er det gruppen med prosjektleder og fylkeskommunens folkehelsekoordinator som betegnes "Prosjektgruppen". I enkelte sammenhenger benyttes betegnelsen fylkeskommunens prosjektgruppe.*

## **1.2 Valg av form på gjennomføring**

Prosjektet som NTNU Samfunnsforskning skulle gjennomføre var tredelt. I tillegg til en følgeevaluering skulle det utarbeides en kunnskapsoppsummering på området, samt å skulle fungere som en dialogpartner for fylkeskommunen.

NTNU Samfunnsforskning presiserte i sitt tilbud at rollen som prosjektevaluerer og dialogpartner ble sett under ett, og at dette arbeidet gjennomføres som aksjonsforskning der forskningspartneren er mer deltakende i prosjektet enn som en evaluerer på siden. Evalueringsrapporten blir da en rapport med oppsummering av erfaringer fra prosjektet slik det ble gjennomført i samarbeid med fylkeskommunen. Denne justeringen av rolle og arbeidsform er underveis diskutert og klarlagt med oppdragsansvarlig i Helsedirektoratet.

## **1.3 Gjennomføring**

Grunnlaget for denne rapporten stammer fra flere ulike kilder som grovt kan deles inn i fire.

1. Dokumenter: Dette er for det første alle dokumenter som er direkte tilknyttet dette prosjektet, som utlysningstekster, søknader og prosjektbeskrivelser. I tillegg er det gjennomgått en rekke faglig litteratur på området i forbindelse med at det er laget en *Kunnskapsoppsummering* (Tilset 2015) på området, herunder *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK 2014) som er utarbeidet av Sør-Trøndelag fylkeskommune i samarbeid med kommunene.

2. Som dialogpartner: Dette er informasjon hentet inn under møter med Sør-Trøndelag fylkeskommune der NTNU Samfunnsforskning har bidratt som

dialogpartner og kunnskapsyter. Informasjonen vi har fått her er ikke direkte brukt i form av sitater osv., men denne aktiviteten er i stor grad med på å forme NTNU Samfunnsforskning sin bakgrunnsforståelse for prosjektet, organisering av fylkeskommunen og kommuner, innsikt i hvordan fylkeskommunen arbeider og ikke minst for planarbeidet som utføres kommunalt.

3. Gjennom deltakelse og observasjon: NTNU Samfunnsforskning har også gjort observasjon og deltatt aktivt i det arbeidet fylkeskommunen har gjort ut mot kommunene. Dette dreier seg om tilstedeværelse og noen bidrag på tre fellessamlinger som fylkeskommunen har arrangert for kommunene. I tillegg har NTNU Samfunnsforskning bidratt på flere av fylkeskommunens besøk til kommunene. Det som har kommet frem på samlingene og besøkene er også en del av grunnlaget for denne rapporten.

4. Kvalitative intervjuer: Den største delen av det direkte grunnlaget for denne rapporten er kvalitative intervjuer. Det er gjort intervjuer med folkehelse-representantene fra alle de åtte kommunene som har deltatt i prosjektet: Meldal, Orkdal, Rissa, Ørland, Frøya/Hitra, Oppdal, Malvik og Trondheim. Disse intervjuene er gjennomført over telefon. Det er også gjort intervjuer med prosjektleder og folkehelsekoordinatoren i fylkeskommunen. Disse to intervjuene er gjort ansikt-til-ansikt. Totalt gir det ti intervjuer. Det er gjort opptak av alle 10 intervjuene. Disse er ikke fulltranskribert, men de har blitt brukt for å finne gode sitater og som sikkerhet i de tilfeller vi har vært i tvil om noe meningsinnhold. Opptakene blir slettet ved prosjektslutt. Se Vedlegg for intervjuguide.

## **1.4 En kunnskapsoppsummering**

Som en del av oppdraget er det utarbeidet en kunnskapsoppsummering på området. Opprinnelig bestilling fra Helsedirektoratet var at kunnskapsoppsummeringen skulle leveres på et tidlig tidspunkt og inngå som grunnlag for fylkeskommunenes arbeid. Underveis viste det seg at det er svært lite kunnskapsgrunnlag som dekker den delen av folkehelsearbeidet som fylkeskommunens prosjekt ble avgrenset til, dvs. operasjonalisering av tverrsektorielle mål innen folkehelse. Kunnskapsoppsummeringen ble derfor først utarbeidet i en foreløpig utgave som ble gjort tilgjengelig i prosjektets første fase. I samarbeid med fylkeskommunen er det i løpet av prosjektet utviklet en bedre forståelse for de utfordringer kommunene møter i dette arbeidet, og dette er forsøkt tatt med i den ferdige kunnskapsoppsummeringen (Tilset, Gjørund og Heggem, 2015).

## 2 Fra plan til praksis

Fylkeskommunens oppdrag er fra helsedirektoratet formulert som å utvikle erfaringer på området "oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner". Fylkeskommunen skriver i sin prosjektplan:

*"Et avgjørende steg for folkehelsearbeidet er forpliktende prioriteringer i økonomiplan og at konkrete tiltak i virksomhetsplaner settes ut i livet. Dette prosjektet ønsker å samle erfaringer fra plan til handling. Aktuelle problemstillinger [er]:*

- 1. Hvordan komme fra overordnede mål i planstrategi til forpliktende prioriteringer i økonomi og virksomhetsplaner?*
- 2. Hva er gode arbeidsmåter, forutsetninger og hemmende/fremmende faktorer for å omsette mål og strategier til konkret handling.*

Både i arbeidet med kunnskapsoppsummeringen samt i det arbeidet som Sør-Trøndelag fylkeskommune skulle gjennomføre var det nødvendig med en tydelig avgrensning av hva som skulle betraktes. I dialog med Sør-Trøndelag fylkeskommune ble det enighet om at fylkeskommunens prosjekt og tilhørende kunnskapsoppsummering handlet om kommunenes arbeid med å overføre overordnede folkehelsemål til konkrete sektorvise delmål med tilhørende forankring og forpliktelse hos sektorledere i kommunen. Arbeid knyttet til forpliktende prioriteringer i økonomiplaner ble ikke en del av fylkeskommunens prosjekt.

Det ble derfor valgt å fokusere på overgangen fra vedtatte kommunale planer til virksomhetsplaner for den enkelte sektor, dvs. overgangen til de årlige planene for hver enhet som i sin tur skal realisere tiltak. Dette valget er basert på *Veileder for Kommuneplanprosessen* (Miljøvern-departementet 2012) som beskriver overgangen fra et 4-årshjul til et 1-årshjul.

### 2.1 Funn i kunnskapsoppsummeringen

Kunnskapsoppsummering er tematisk knyttet til det arbeidet som starter når kommunale planer med overordnede folkehelsemål er vedtatt. I den fasen skal de vedtatte folkehelseplanene operasjonaliseres med utarbeidelse av sektorvise delmål, det skal etableres en felles forståelse og aktørers roller og ansvar skal avklares. Dette arbeidet må være på plass før det konkrete arbeidet med gjennomføring starter. Kunnskapsoppsummeringen er avgrenset til fasen med operasjonalisering og tar ikke for seg verken planprosessen med politisk behandling og prioritering, tildeling av budsjett gjennom økonomiplan eller det praktiske arbeidet med realiseringen av folkehelsemålene.



Det er svært lite som er dokumentert og beskrevet mht. de prosessene som inngår i denne fasen. Konklusjonen til kunnskapsoppsummeringen er at det finnes en del som dekker de kommunale planprosessene, og det finnes litt som beskriver samarbeidsutfordringene i realiseringsarbeidet, men svært lite som dekker utfordringene i operasjonaliseringen når tverrsektorielt samarbeid skal planlegges og tilrettelegges.

I henhold til kunnskapsoppsummeringen (Tilset et al., 2015) faller de største utfordringene med realisering sammen med generelle organisatoriske utfordringer knyttet til endringer i en organisasjon og til samarbeid på tvers av organisatoriske enheter. I arbeidet med realisering av folkehelseplaner vil det derfor være naturlig å støtte seg på teorier, modeller og metoder fra organisasjonsfaget som berører situasjoner med organisasjonsendring og tverrsektorielt samarbeid.

Arbeidet med kunnskapsoppsummeringen har vært viktig og har bidratt til å øke forståelsen for de utfordringer kommunen står overfor når vedtatte folkehelsemål skal realiseres. Den har også bidratt til å støtte opp om de råd og innspill som er presentert i fylkeskommunens *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK 2014).

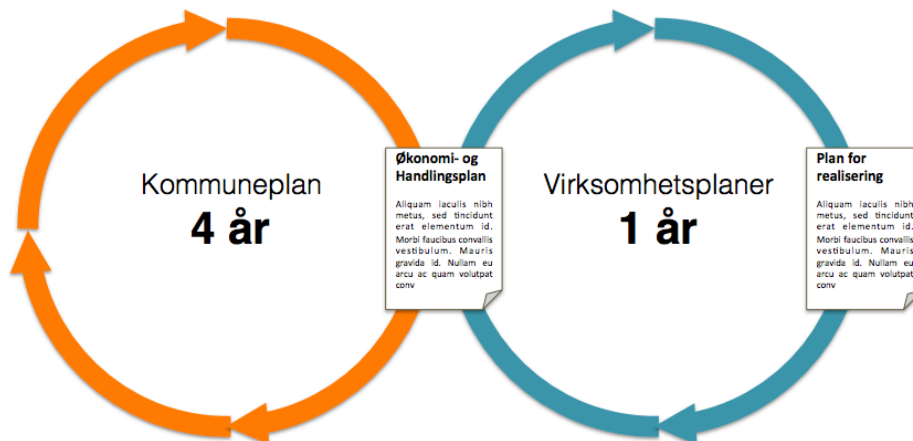
## **2.2 Hjelp til kommunikasjon og forståelse**

Overgangen fra vedtatte planer til praktisk arbeid med folkehelse tiltak er ikke godt beskrevet, og det ser ut til at kommunene oppfatter og gjennomfører denne prosessen noe ulikt. Det spesielle med mange overordnede folkehelsemål er at de ikke kan realiseres av en sektor alene. Ofte må ulike sektorer samarbeide for å nå målene. Som et ledd i å etablere felles forståelse for hva denne prosessen innebærer, samt å bidra til entydig kommunikasjon med kommunene, har fylkeskommunen og NTNU Samfunnsforskning laget noen figurer med sentrale begrep som har vært nyttige i dialogen med kommunene underveis i prosjektet. Figurene er presentert i de følgende kapitler.

### **2.2.1 Kommunenes årshjul**

Kommunene arbeider med to sett planer og årshjul. De overordnede planene rulleres over en fireårsperiode og inneholder de overordnede folkehelsemålene. Hvert år blir det valgt ut hvilke av disse målene som skal gjennomføres i inneværende år. Det knyttes ressurser til målene og de blir en del av den årlige økonomiplanen som skal godkjennes av politikerne. I denne prosessen er det viktig

at politikerne har nok kunnskap om folkehelse og folkehelseiltak til at de kan forstå bakgrunnen for de prioriteringer som er gjort.



Figur 1: Kommunenes årshjul.

Det 1-årige årshjulet må "plukke opp" mål fra de overordnede planene og lage planer for gjennomføring, noe som ofte krever samhandling mellom sektorer. Hver sektor eller virksomhet i kommunen må lage egne individuelle virksomhetsplaner basert på den overordnede planen og de målene som har fått ressurser gjennom vedtatt økonomiplan. Overgangen mellom årshjulene er avgjørende for hvordan en lykkes med realisering av de målene som er sektorovergripende. Dette er den kritiske fasen som betraktes i prosjektet til Sør-Trøndelag fylkeskommune.

### 2.2.2 Operasjonalisering

Mens den overordnede planen beskriver *hva* som skal oppnås i løpet av planperioden, må det årlige arbeidet med å lage sektorplaner som skal realiseres også inneholde *hvordan* målene skal nås. Dette arbeidet med å beskrive *hvordan* kalles ofte for *operasjonalisering*. For overordnede mål som er sektorspesifikke er det den enkelte sektoransvarlige som får ansvar for sektorplaner og operasjonalisering. For folkehelsemål, som ofte er sektorovergripende, er det ikke gitt hvordan operasjonaliseringen skal gjennomføres. I en slik situasjon er operasjonaliseringen en prosess som går forut for fordeling av sektorspesifikke delmål.

Operasjonalisering av sektorovergripende mål omfatter bla. *avklaring av hvilke aktører som deltar, deres roller og ansvar, etablering av felles forståelse og samarbeidsprosedyrer mellom aktørene, samt utarbeidelse av detaljplaner* ('slik gjør

vi det'). I operasjonaliseringen inngår også en avklaring av prosedyrer og arenaer for koordinering og samarbeid underveis i gjennomføringsfasen.

Utfordringene ved realisering av folkehelsemålene handler mye om strukturelle utfordringer knyttet til samarbeid mellom adskilte organisatoriske enheter og til organisatoriske utfordringer som for eksempel *involvering*, *samhandling* og *endringsmotstand*. Hvis en betrakter disse temaene fristilt fra realisering av folkehelsemål handler dette om kjente problemstillinger fra organisasjonsteorien, og kunnskapstilfanget er stort.

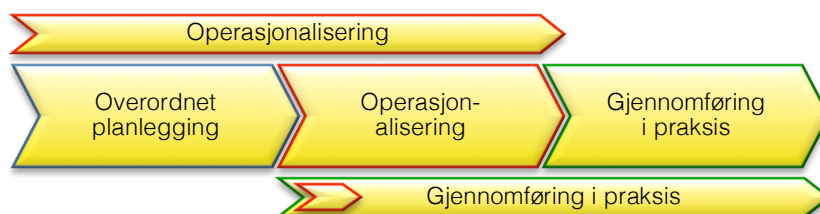
### 2.2.3 Overordnet prosessmodell for folkehelsearbeid

Figur 2 viser skjematisk hovedprosessene i folkehelsearbeidet: *Overordnet planlegging*, *Operasjonalisering* og *Gjennomføring*. Planleggingen handler hovedsakelig om *hva* som skal oppnås mens *operasjonaliseringen* handler om hvordan dette skal gjøres.



Figur 2: Operasjonalisering av folkehelsearbeidet.

I praksis er ikke hverdagen så systematisk og ryddig som figuren antyder. For enkle tiltak, som bare er å iverksette uten nevneverdig forarbeid, blir *operasjonalisering* en integrert del av *gjennomføringen*. I andre sammenhenger vil det allerede i planarbeidet være aktuelt å involvere sentrale aktører, og dermed starte deler av *operasjonaliseringen* som del av planleggingsfasen. Dette er skissert i Figur 3.



Figur 3: Operasjonalisering av folkehelsearbeid i ulike faser.

Det som er viktig er at operasjonaliseringen vanligvis vil omfatte flere sektorer eller avdelinger/enheter. Operasjonaliseringen handler om fordeling av oppgaver samt avklaring av roller og ansvar. Konkretisering av samarbeidsprosedyrer og samarbeidsarenaer er også et viktig element her.

#### 2.2.4 Om teori og praksis

Kommunalt fokus på folkehelsearbeid er av forholdsvis ny dato, men kommunene har også tidligere hatt utfordringer knyttet til sektorovergripende mål (for eksempel mål knyttet til kommunal beredskap). Den enkelte kommune har derfor funnet sine måter å gjøre det på og utviklet rutiner og prosedyrer ihht dette. Den modellen som er beskrevet over er å betrakte som en prinsippmodell og det er nok ikke alle som kjenner seg helt igjen. Men modellen er nyttig for å skjønne de prinsipielle stegene samt for å synliggjøre den sentrale prosessen som handler om *operasjonalisering*.

De kommunene som er intervjuet i dette prosjektet er ulike både i måten de organiserer folkehelsearbeidet på og hvordan de løser utfordringene med tverrsektorielt arbeid. En oppsummering av kommunenes arbeid med folkehelse er gitt i kapittel 4.1.

### 3 Prosjektetablering og oppstart

Dette kapitlet gir en beskrivelse av hvordan prosjektet kom i gang, om oppdraget fra Helsedirektoratet, etableringen av et prosjekt i Sør-Trøndelag fylkeskommune og om FoU partners rolle i prosjektet. De tilbakemeldinger og refleksjoner fylkeskommunens prosjektgruppe har kommet med omkring denne fasen i prosjektet er gjengitt i tilknytning til de forholdene som beskrives. Våre egne vurderinger er oppsummert fortløpende.

#### 3.1 Bakgrunn for søknad om prosjektmidler

Sør Trøndelag fylkeskommune avsluttet sommeren 2014 et arbeid med å utvikle en *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK 2014). Denne planen er presentert som ei håndbok i folkehelsearbeid og er et resultat av en bred prosess med medvirkning fra kommunene i fylket. I tillegg medvirket både offentlige aktører samt frivillige lag og organisasjoner. Gjennom dette arbeidet er det etablert en



felles forståelse i fylket om at mye av utfordringene innen folkehelsearbeid handler om styring, forvaltning og organisasjon.

Med denne forståelsen som grunnlag har kommunene i fylket et godt utgangspunkt for å arbeide med realisering av folkehelsemål. Dette passer også godt inn i de aktiviteter som er foreslått i handlingsprogrammet i folkehelseplanen. Den regionale folkehelseplanen er på et strategisk nivå og de kommunene som deltok i arbeidet var tydelige på at det de nå hadde behov for var mer konkret støtte i arbeidet med gjennomføring av planene.

På denne bakgrunn søkte Sør-Trøndelag fylkeskommune om å bli erfaringsfylke i tilknytning til helsedirektoratets *invitasjon til samarbeid om å utvikle erfaringer på området "oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner"*.

## **3.2 Om oppdraget fra Helsedirektoratet**

I tildelingsbrevet til Sør-Trøndelag Fylkeskommune er prosjektet formulert som å *"Utvikle erfaringer på områdene: Oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplan"*. Fylkeskommunen har avgrenset dette slik at det handler om overgangen fra vedtatte kommunale planer til virksomhetsplaner for den enkelte sektor slik beskrevet i kapittel 2 side 4.

Sør-Trøndelag fylkeskommune fikk tildelt prosjektmidler på bakgrunn av en planlagt oppstart i september 2014. Prosjektet skulle avsluttes med en prosjektrapport med frist 30. juni 2015.

### **3.2.1 Helsedirektoratets bestilling og kriterier for tildeling**

Helsedirektoratet tildelte Sør-Trøndelag fylkeskommune oppgaven med å utvikle erfaringer med realisering av vedtatte folkehelsemål. Direktoratet formidlet sin bestilling med formuleringer som:

- *"Utvikle erfaringer [innenfor] oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner"*.
- *"Utvikle modeller og formidle erfaringer med hvordan lokalt folkehelsearbeid utøves i praksis, herunder modeller og erfaringer med folkehelse i lokal planlegging i særdeleshett."*

Direktoratet la følgende føringer til grunn for tildelingen (utdrag):

*Tilskuddet skal dekke utgifter til aktivitet som retter seg mot målene*

- *Utvikle modeller og formidle erfaringer med hvordan lokalt folkehelsearbeid utøves i praksis, herunder modeller og erfaringer med folkehelse i lokal planlegging i særdeleshets.*

*Helsedirektoratet legger følgende føringer for arbeidet som skal utføres*

- *Fylkeskommunen skal inngå et samarbeid med noen kommuner i sin region, og avklare samarbeid med Fylkesmannen (og ev andre). Resultater av arbeidet skal oppsummeres i en rapport og det skal arrangeres en konferanse for å spre erfaringene. Det skal innledes et samarbeid med et forskningsmiljø som skal evaluere arbeidet.*
- *Helsedirektoratet skal i samarbeid med fylkeskommunen bidra med forslag til problemstillinger som vil være relevante å belyse innenfor området.*

### **3.2.2 Refleksjon fra fylkeskommunens prosjektgruppe**

Helsedirektoratets bestilling ble oppfattet av Sør-Trøndelag fylkeskommune som en meget relevant og bra bestilling. Den passet godt i en situasjon hvor arbeidet med en regional folkehelseplan nettopp var avsluttet. Temaet var innenfor et område som er viktig å forstå for å arbeide med folkehelse og bestillingen traff der behovet er.

Prosjektgruppen ser i ettertid at bestillingen var svært stor og omfattende sett i forhold til prosjektets varighet og tilgjengelige ressurser, og prosjektleder opplyser å ha brukt mer tid enn det som var planlagt i utgangspunktet (50% stilling). Underveis ble det gjort noen avgrensninger i prosjektets fokusområde. I stedet for modellutvikling er det blitt mer konsentrasjon om prosessene, og fokus har vært rettet mot hvordan folkehelsemålene omsettes i virksomhetsplaner, mens folkehelsemål i økonomiplanene ikke er berørt i prosjektet. Prosjektleder sier at også fra Helsedirektoratets side har modellarbeidet blitt nedtonet.

Ved prosjektets avslutning vurderer fylkeskommunens prosjektgruppe prosjektperioden til å være for kort sett i forhold til de kommunale planprosessene som skulle studeres. I tillegg er kommunene i ulike faser mht. planarbeidet og det har vært vanskelig å samordne prosjektet med løpende prosesser i kommunene. Tilbakemeldinger fra flere kommuner understreker også dette.

### **3.2.3 Oppdraget - Våre refleksjoner**

Helsedirektoratets bestilling var formulert som: *"Utvikle erfaringer [innenfor] oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi- og virksomhetsplaner"*. I prosjektet ble det gjort en praktisk avgrensningen som førte til at all oppmerksomhet

ble rettet mot hvordan folkehelsemålene gjenspeiles i kommunale virksomhetsplaner, mens de administrative og politiske prosessene omkring kommunens økonomiplan ikke ble dekket. Bestillingen om også å studere prosessen med å få folkehelsemålene inn i økonomiplanene ble vanskelig siden budsjettarbeidet i kommunene foregår utover høsten mens prosjektgjennomføringen foregikk på våren. Denne avgrensningen i prosjektet ble ikke konkretisert og tydeliggjort.

Bestillingen fra Helsedirektoratet var kortfattet, men svært omfattende sett i forhold til den korte prosjektperioden. Den korte prosjektperioden medførte også vanskeligheter i forhold til samordning med løpende planprosesser i kommunene ettersom disse går over vesentlig lengre tid. Prosjektperioden var på en tid av året der det var vanskelig å kunne følge arbeidet med økonomiplanene, noe som var en del av bestillingen.

### **3.2.4 Prosjektstart**

Prosjektet startet ved at Sør-Trøndelag fylkeskommune fikk tilslag på sin søknad om å bli erfaringsfylke. Innvilget tilskudd ble formidlet i brev av 13. mai 2015. I sin søknad skriver fylkeskommunen at et *”erfaringsfylkeprosjekt”* skal kunne starte opp høsten 2014. Prosjektet startet formelt da rollen som prosjektleder ble besatt. En ekstern prosjektleder ble midlertidig tilsatt i 50% stilling med oppstart 1. oktober 2014.

I tilknytning til søknaden utarbeidet Sør-Trøndelag fylkeskommune en prosjektplan: *”Prosjektplan: Utvikle erfaringer på områdene oppfølging av overordnede folkehelsemål i økonomi og virksomhetsplan”*. I dette dokumentet gis en kort beskrivelse for *Bakgrunn og Formål, Mål* samt *Arbeidspakker*. I tillegg beskrives en grovplan med milepæler, organisering, bemanning og økonomi. Dette dokumentet ble lagt til grunn for det videre arbeidet i prosjektet.

### **3.2.5 Organisering**

Ved oppstart utarbeidet prosjektleder et internt arbeidsdokument kalt *”Overordna prosjektføringer”*. Dette dokumentet ble revidert i flere omganger, og siste tilgjengelige utgave er fra desember 2014. Her oppsummeres prosjektets oppgaver, hovedmål, resultatmål etc, samt en gjennomføringsplan og oversikt over prosjektorganisering. Dokumentet er basert på den prosjektplanen som fylkeskommunen utarbeidet i tilknytning til søknaden, og til sammen utgjør disse to dokumentene det som kan tjene som prosjektbeskrivelse for fylkeskommunens prosjekt.

Tabell 1, som er hentet fra dokumentet *“Overordna prosjektføringer”*, viser oversikten over prosjektorganisering med tre definerte grupper: *Styringsgruppe*, *Prosjektgruppe/arbeidsgruppe* og *Ressurser/ressursgruppe*. Denne organiseringen er lik den som ble presentert i prosjektplanen som fulgte fylkeskommunens søknad til Helsedirektoratet.

Prosjekteier - bevilger	Styringsgruppe – til orientering	Prosjektgruppe - arbeidsgruppe	Ressurser /ressursgruppe
Helsedirektoratet	KS/Kommune	Anne Lise Nessæther, Sør-Trøndelag fylkeskommune	NTNU Samfunnsforskning
	Karen Espelund,	John Tore Vik, Sør-Trøndelag fylkeskommune	Erfaringskommuner, følgekommuner, ressurskommuner
	Helsedirektoratet	Tove Gaupset, Sør-Trøndelag fylkeskommune	Plan- og økonomikompetanse
	Fylkesmannen	Anne Murvold Risvik, Ørland kommune	
		Gunnbjørn Berggård, KS i Midt-Norge	
		Monica Fleisje, Helsedirektoratet	

**Tabell 1: Prosjektorganisering slik beskrevet ved oppstart.**

I praksis er alt arbeidet i prosjektet utført av innleid prosjektleder og fylkets folkehelsekoordinator, og disse to utgjør den faktiske prosjektgruppen, dvs. de som utfører arbeid med å nå prosjektets mål. Den gruppen som i tabell 1 er kalt *Prosjektgruppe/arbeidsgruppe* har i prosjektperioden blitt brukt til dialog og rådgivning og dermed vært prosjektets referansegruppe.

### 3.2.1 Prosjektbeskrivelse

Fylkeskommunens oppdrag fra Helsedirektoratet var kortfattet formulert. Ut over det som ble beskrevet i en tidlig prosjektplan (se kapittel 3.2.5) samt i dokumentet *“Overordna prosjektføringer”*, ble det ikke utarbeidet en mer gjennomarbeidet prosjektbeskrivelse med formål, resultater, aktiviteter og roller som eget dokument. Det som er beskrevet er beregnet til internt bruk og må betraktes som et arbeidsdokument. Dette interne dokumentet er ikke blitt brukt i dialogen med de kommunene som har deltatt i prosjektet.



### **3.2.1 Konkretisering**

Arbeidet med å konkretisere bestillingen fra direktoratet og innholdet i prosjektet falt sammen i tid med utarbeidelsen av en kunnskapsoppsummering (se 1.4 ). Dette bidro til en felles forståelse mellom prosjektgruppen og NTNU Samfunnsforskning (som arbeidet med kunnskapsoppsummeringen) om at dette hovedsakelig handlet om overgangen fra vedtatte mål i en kommuneplan til konkrete tiltak som avspeiles i årlige virksomhetsplaner for de involverte sektorene. Utfordringene som beskrives er av organisatorisk art og handler om tverrsektorielt samarbeid mellom enheter med separate planer, mål og budsjetter. Hele kunnskapsoppsummeringen er også basert på denne konkretiseringen og avgrensningen.

#### **3.2.1 Plan for kommunedeltakelse**

I sin søknad til Helsedirektoratet trakk fylkeskommunen fram kommunene Trondheim, Malvik, Oppdal og Fosen interkommunale folkehelseenhet som sentrale i arbeidet. Disse var tiltenkt en rolle som ressurskommuner i prosjektet, dvs. kommuner som kunne bidra med sine erfaringer som hjelp og inspirasjon for de som ikke var kommet så langt. Ved prosjektstart var intensjonen å invitere alle fylkets kommuner til å melde seg som erfaringskommuner, og de som var interessert, men som ikke ble valgt ut, kunne følge prosjektet som observatør underveis og delta i fellessamlinger. Erfaringskommunene, ca. 5-6 stk., skulle være kommuner som prosjektet skulle gå nærmere inn på for å få innblikk i hvordan de arbeidet med folkehelse i planarbeid.

Det ble sendt ut brev til alle kommuner i fylket med tilbud om deltakelse. Kommuner som fylkeskommunen mente ville være sentrale som deltakere ble fulgt opp gjennom telefonsamtaler eller i møter. Det ble ikke benyttet konkrete utvalgsriterier, men kommunene ble valgt ut fra folkehelsekoordinatorens kjennskap til kommunen, litt i forhold til størrelse og beliggenhet samt etter dialog med Kommunenes sentralforbund (KS). Utvalget av deltakerkommuner ble avklart med ledelsen i fylkeskommunen. De kommunene som ble fulgt opp bekreftet alle pr. brev at de ville være med i prosjektet.

Deltakerkommunene ble introdusert for prosjektet ved at Helsedirektoratets bestilling ble formidlet og at prosjektet ble knyttet opp mot den kommunale plansirkelen (se figur 1). Prosjektets mål ble presentert som hvordan kommunen skulle komme seg videre med folkehelsearbeidet etter at planer med mål for folkehelse var vedtatt. Kommunenes motivasjon for deltakelse og forventninger til

resultat er forankret i denne introduksjonen og den lokale forståelsen av hva dette innebærer.

### **3.2.2 Refleksjon fra fylkeskommunens prosjektgruppe**

Folkehelsekoordinatoren har betraktet prosjektet som en del av et utviklingsarbeid, en type arbeid som er preget av mindre struktur og konkretisering enn prosjektarbeid. Denne type arbeid er erfaringsmessig preget av noe uklarhet og kaos ifølge folkehelsekoordinatoren. Det er med denne forståelsen folkehelsekoordinatoren har arbeidet i prosjektet, et arbeid som har blitt betraktet som en sentral del av jobben.

Prosjektleder hadde ved oppstart forventninger om at prosjektet var mer forankret i fylkeskommunen som organisasjon enn det i virkeligheten var. Dette ga seg utslag i at prosjektleder ikke har hatt noen oppfølging fra ledernivå og heller ikke blitt invitert inn i sammenhenger hvor det hadde vært naturlig med tanke på intern samhandling i fylkeskommunen. Prosjektleder hadde også en forventning om at prosjektet var mer klargjort med henhold til organisering og konkretisering, og at det var klare forventninger til prosjektleder.

### **3.2.3 Prosjektetablering - Våre refleksjoner**

I oversikten over prosjektorganisering (Tabell 1) er det benyttet en noe uvanlig begrepsbruk på gruppene. Den gruppen som er kalt *Prosjektgruppe/arbeidsgruppe* har en sammensetning som gjøre at den mer er å betrakte som en referansegruppe. I maildialog ved møteinnkallinger varierer betegnelsen på denne gruppen, og både *Prosjektgruppe* og *Ressursgruppe* er benyttet som betegnelse ved møteinnkalling. Det ser ikke ut til at dette har hatt noen konsekvens av betydning.

Det ble ikke utarbeidet en separat prosjektbeskrivelse med konkretisering av hensikt, mål og aktiviteter. Et slikt dokument ville vært nyttig i dialogen med kommunene ang hva prosjektet handlet om og hva som kunne forventes. Mangelen på en slik detaljert prosjektbeskrivelse *er ikke påpekt av deltakerkommunene*, men utarbeidelsen av en prosjektbeskrivelse ville framtvunget en konkretisering av direktoratets bestilling og en detaljering av hva prosjektet handlet om, noe som ville hatt positiv innvirkning på felles forståelse, både internt i fylkeskommunen og ut mot deltakerkommunene.

Motivasjonen for å søke midler til dette prosjektet var å videreføre det arbeidet som har vært gjort i forbindelse med *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK

2014). Sett fra fylkets folkehelsekoordinator sin side, som stod bak søknaden til Helsedirektoratet, er dette prosjektet et virkemiddel for videre arbeid med folkehelse. Prosjektet inngår altså som en del av utviklingsarbeidet innen folkehelsearbeidet i Sør-Trøndelag. Fra folkehelsekoordinators perspektiv er prosjektets konkrete leveranser en del av det helhetlige folkehelsearbeidet i fylkeskommunen. For ham er det viktig hva dette fører til i utviklingen av folkehelsearbeid i fylket. Mens prosjektleder fokuserte på gjennomføring av det konkrete prosjektet med tider og leveranser slik bestilt fra Helsedirektoratet, betraktet folkehelsekoordinatoren prosjektet som en aktivitet i et pågående utviklingsarbeid innen folkehelse. Disse ulike oppfatningen av hva prosjektet er, utviklingsarbeid kontra prosjektarbeid, har nok bidratt til de uklarhetene som har vært både i konkretisering for egen del og i formidling til kommunene hva prosjektet handler om.

Prosjektleder opplevde manglende forankring i fylkeskommunen som organisasjon samt noe uklarhet med tanke på hvilken rolle folkehelsekoordinatoren hadde i prosjektet. I tillegg til sine tradisjonelle oppgaver i fylkeskommunen har folkehelsekoordinatoren fungert både som oppdragsgiver, rådgiver og prosjektmedarbeider i dette prosjektet. For folkehelsekoordinatoren har prosjektet vært et viktig bidrag i forhold til pågående folkehelsearbeid og deltakelse i prosjektet har derfor blitt prioritert. Denne manglende rolleavklaringen ser ikke ut til å ha ført til konkrete vanskeligheter, men den har vært forvirrende i en situasjon hvor prosjektet var dårlig forankret i organisasjonen og prosjektleder, som var ekstern, ikke hadde andre å støtte seg på.

Med sin lange erfaring med prosjektgjennomføring og god kjennskap til kommunal forvaltning har likevel prosjektleder klart å håndtere utfordringene knyttet til organisatorisk forankring, rolleavklaringer og prosjektforståelse.

### **3.3 FoU partners rolle i prosjektet**

I helsedirektoratets føringer for arbeidet står det at det *skal innledes et samarbeid med et forskningsmiljø som skal evaluere arbeidet*, og denne oppgaven ble utlyst som eget oppdrag med helsedirektoratet som oppdragsgiver. Etter at NTNU Samfunnsforskning ble tildelt dette oppdraget startet en dialog med Sør-Trøndelag fylkeskommune om hvordan denne evalueringsoppgaven skulle gjennomføres. Det ble raskt oppnådd enighet om at begge parter ville foretrekke en mer deltakende rolle enn ved vanlig følgeevaluering, og at forskningspartneren dermed deltok mer i

prosjektets aktiviteter. Prosjektet ble i samråd med oppdragsgiver organisert og gjennomført med denne forståelsen av rollen til forskningspartneren.

NTNU Samfunnsforskning har deltatt i mange arbeidsmøter med fylkeskommunens prosjektgruppe, og bidratt med innspill til beskrivelser, metoder og verktøy for hvordan oppgaven skulle forstås og gjennomføres. Dette arbeidet har igjen ført fram til konkretisering av begreper og utarbeidelse av modeller som ble brukt i dialogen med kommunene i fylkeskommunens prosjekt. Denne konkretiseringen har hatt betydning for gjennomføringen av prosjektet.

NTNU Samfunnsforskning har også bidratt i arbeidet med å synliggjøre hvordan de skisserte modellene for realisering av folkehelseiltak henger sammen med, og til dels overlapper med de strategiene som er utarbeidet og beskrevet i *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK 2014). Sammen med fylkeskommunens prosjektgruppe har NTNU Samfunnsforskning deltatt i kommunebesøk og arbeidsmøter med kommunenes representanter, samt i forberedende arbeid før disse møtene. I flere av disse møtene har NTNU Samfunnsforskning hatt presentasjoner av resultater fra kunnskapsoppsummeringen samt fra arbeidet med modeller for beskrivelse av folkehelsearbeid sett fra et planperspektiv. Fylkeskommunens prosjektgruppe har arrangert flere samlinger for alle erfarings- og ressurskommuner. I disse samlingene har NTNU Samfunnsforskning deltatt både i forberedende arbeid, ved deltakelse i selve samlingen, samt ved presentasjoner i samlingen. Overfor kommunene har prosjektgruppen i Sør-Trøndelag fylkeskommune presentert FoU deltakerne i prosjektet som potensielle ressurser for kommunene ved behov. Dette ble gjort i forståelse med NTNU Samfunnsforskning.

## **4 Kommunenes erfaringer i samarbeid med Sør-Trøndelag fylkeskommune**

Dette kapitlet gir en beskrivelse av hvordan deltakerkommunene opplevde prosjektsamarbeidet med Sør-Trøndelag fylkeskommune. Det beskriver kort hvordan kommunene arbeider med folkehelse, hvordan kommunene ble rekruttert og deres forståelse av prosjektets innhold. I tillegg beskrives kommunenes syn på gjennomføringen, hvilken nytte de mener de har hatt av prosjektet, samt hvilke ønsker de har til Sør-Trøndelag fylkeskommune sin rolle i framtidige prosjekter. Våre egne vurderinger er oppsummert fortløpende.

## 4.1 Generelt om kommunenes arbeid med folkehelse

Denne rapporten skal ikke beskrive folkehelsearbeidet i kommunene, men oppsummere gjennomføringen av fylkeskommunens prosjekt om å kartlegge ulike praksiser for realisering av vedtatte planer. For oversiktens og forståelsens skyld er det likevel gitt en kort beskrivelse av folkehelsearbeidet i de kommuner som er blitt intervjuet. Intervjuene med kommunene har ikke fokusert på organisering av folkehelsearbeidet, og denne beskrivelsen er basert på informasjon som kom fram underveis i intervjuene.

De kommunene som har vært med i prosjektet har ulikt fokus og ulik erfaring med folkehelsearbeid. Noen har kommet langt i sitt arbeid, mens andre har kommet kortere. Det er ulikheter i måten de har organisert arbeidet på og i hvordan ansvaret er fordelt. Denne variasjonen i modenhet, forståelse og prosedyrer har ført til at fylkeskommunens prosjekt har blitt mottatt, forstått og utnyttet ulikt.

### 4.1.1 Rolle: Folkehelseansvarlig

*Hvem har ansvaret for folkehelsearbeidet i kommunen?* Svaret på dette spørsmålet er utvilsomt: *Rådmannen*. Kommunene vi har snakket med har valgt forskjellige løsninger mht. hvordan dette ansvaret utøves i praksis og hvordan myndighet er delegert til underliggende nivå. Flere kommuner har definert en rolle som *Folkehelsekoordinator*, som sammen med kommuneoverlegen utgjør kommunens kontaktpunkt for saker som angår folkehelse. Mens noen kommuner har en folkehelsekoordinator i full stilling, har andre kommuner valgt å la denne rollen utøves av en person som også har andre roller i kommunen. Andre kommuner igjen har ikke definert en slik rolle, men lagt ansvaret for folkehelse til en kommunalsjef. Informantene har ulikt syn på om en folkehelsekoordinator bør være i full stilling eller ikke, og de har ulikt syn på hvordan ansvaret for folkehelsen skal håndteres.

Kommunene har også valgt ulike løsninger mht. hvor i organisasjonen folkehelsekoordinatoren er plassert. For å sikre god kommunikasjon er det viktig at det ikke blir for lang vei opp til den administrative ledelsen, men det er eksempler som viser at dette fungerer selv om den organisatoriske avstanden er stor. I en kommune var det to lag med ledere mellom folkehelsekoordinatoren og rådmannen. Denne ulempen ble kompensert ved at folkehelsekoordinatoren skaffet seg "*allierte*" i den administrative ledelsen og ikke alltid fulgte tjenestevei når viktige saker skulle formidles. I tillegg ble det etablert mange treffpunkt ved at folkehelsekoordinatoren inviterte seg selv inn i fora hvor det var viktig å formidle folkehelseperspektivet. I denne kommunene fungerte dette på tross av organiseringen, ikke på grunn av den.

Folkehelsekoordinatoren i en annen kommune valgte å "ta med en sjef" i alle møter og dermed oppnå forankring i ledersjiktet på den måten.

#### **4.1.2 Folkehelsearbeid i kommunene**

For mange har folkehelse tidligere blitt forbundet med helse og dermed et ansvar som hvilte på helsesektor. Dette ser nå ut til å endre seg. Selv om de aller fleste folkehelseansvarlige som ble kontaktet var tilknyttet helsesektoren, var det en kommune som hadde folkehelseansvarlig fra kommunens planavdeling. En annen kommune er tydelig på at folkehelsearbeid ikke er noe som ligger på siden av all annen aktivitet, men er en del av kjerneaktiviteten til de ulike etatene i kommunen. Denne måten å organisere folkehelsearbeidet på, uten noen *folkehelseansvarlig*, møter noen motforestillinger blant noen kommuner. Ved en slik organisering, hevdes det, er det ingen under rådmannen som har det overordnede ansvaret for folkehelse, og det er dermed vanskelig med langsiktig og strategisk arbeid.

#### **4.1.3 Kompetanse blant politikere**

Flere kommunale informanter har påpekt betydningen av at politikere har tilstrekkelig kompetanse om folkehelse og folkehelseiltak. Det er politikere som beslutter prioriteringene og ressursbruken i kommunens økonomiplan og det er viktig at de har tilstrekkelig kunnskap og skjønner sammenhengene for å unngå utilsiktede omprioriteringer.

Ett eksempel på dette er at det viser seg å være enklere å få vedtatt forebyggende tiltak enn helsefremmende tiltak. Forebygging er å hindre at en kjent uønsket situasjon eller hendelse oppstår. Dette er enklere å forholde seg til enn helsefremming, som er å bidra til at sannsynligheten for at mange til dels ukjente og uønskede situasjoner reduseres. Kostnader ved forebygging kan holdes opp mot en redusert utgift som kan tallfestes, mens helsefremming er vanskeligere å knytte til en konkret innsparing.

#### **4.1.4 Kommunale planprosesser**

Miljøverndepartementet har gitt ut veiledere i *Kommunal planstrategi* (Miljøverndepartementet 2011) og *Kommuneplanprosessen* (Miljøverndepartementet 2012). Disse veilederne legger føringer for hvilke planer kommunene skal ha og hva de skal inneholde som minimum. Men det legges ingen føringer for hvordan arbeidet med planene skal gjennomføres. Her står kommunene fritt. I praksis er prosessen med utarbeidelse av disse planene forskjellig fra kommune til kommune, og kan avhenge

av kommunestørrelse, hva som er spesielt for en kommune samt tidligere prosedyrer for slik planlegging. Det avhenger også av hvordan rådmannen i hver enkelt kommune ønsker at planprosessen skal foregå. Flere av kommunene har i intervju påpekt at fylkeskommunens prosjekt hadde alt for kort varighet til å få betydning for de pågående prosessene i kommunene. Kommunens planprosess går sin gang i henhold til planstrategien, og et prosjekt med lengre varighet kunne hatt større påvirkning på kommunens arbeid ved at prosjektet fulgte tettere på de prosessene som gikk.

Kunnskap om planprosessene i egen kommune er viktig ifølge flere av kommunerepresentantene som ble intervjuet. For å kunne påvirke med riktig informasjon på riktig tid og sted er det helt nødvendig at folkehelsekoordinator (eller en med tilsvarende rolle) forstår de administrative og politiske prosessene som ligger til grunn for kommunens ledelse. Uten denne kunnskapen går de kommunale prosessene sin gang uten at folkehelsekoordinator kan bidra med sin kunnskap der det trengs.

#### **4.1.5 Folkehelsearbeid – Våre refleksjoner**

Sør-Trøndelag fylkeskommune møter planprosesser som er forskjellige fra en kommune til en annen. Måten planprosessen gjennomføres på er forskjellig, folkehelse som tema håndteres forskjellig og kommunene befinner seg på ulike steder i spennet mellom strategiplan og vedtatt kommuneplan. Disse ulikhetene gjør at sammenligning og vurdering av kommunenes planprosesser blir vanskelig. En viktig forutsetningen for å kunne sammenligne disse prosessene er at det benyttes en form for arbeidsprosessmodellering for å kunne visualisere og sammenligne prosesser.

Kommunenes ulike tilnærming til folkehelse gjenspeiler seg både i organisering av folkehelsearbeid og i hvordan folkehelse framkommer i kommuneplanene. Politikere som skal vedta planer og budsjetter knyttet til folkehelse trenger kunnskap om hva folkehelse er, hva folkehelseiltak innebærer og betydningen av både forebygging og helsefremming. For en folkehelsekoordinator er det viktig med god kunnskap om hvordan de administrative og politiske prosessene fungerer.

## **4.2 Rekruttering av kommunedeltakere**

Sør-Trøndelag fylkeskommune sendte ut invitasjon til alle fylkets kommuner om at de kunne søke som deltaker som erfaringskommune i dette prosjektet.

I våre intervju var det ingen av de kommunene som har vært prosjektets erfaringskommuner som refererte til denne invitasjonen som bakgrunn for sin deltakelse. De fleste kommunene sier de ble kontaktet av folkehelsekoordinatoren i fylket med spørsmål om å delta i prosjektet. Noen ble kontaktet direkte, mens andre refererte til at de ble kontaktet i forbindelse med deltakelse i et kurs i regi av Sør-Trøndelag fylkeskommune.

De kommunene i fylket som ikke ble valgt ut som erfaringskommuner fikk tilbud om å være med i fellessamlinger som observatører. Bortsett fra på første samling har ingen kommuner benyttet seg av dette tilbudet.

#### *Ressurskommuner*

De kommunene som ble rekruttert som ressurskommuner ble kontaktet direkte av fylkeskommunen med spørsmål om de kunne tenke seg å bidra i prosjektet med en slik rolle. En av disse refererte til sin deltakelse i utarbeidelse av *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK (2014) og ønsket å bli brukt som ressurs i og med at kommunene hadde mye praktisk erfaringer på flere områder innen folkehelsearbeid. Det var en forutsetning at rollen som ressurskommune ikke skulle føre til særlig merarbeid ut over det som ellers skulle gjøres i kommunal sammenheng.

### **4.2.1 Motivasjon for deltakelse**

Hver enkelt erfaringskommune sin motivasjon for deltakelse henger sammen med de forventninger de hadde til hva som skulle komme ut av prosjektet (se kapittel 4.3.2). Den viktigste motivasjonen var at kommunene så muligheten til å få hjelp i egen hverdag. Dette gjaldt hjelp i det konkrete arbeidet med folkehelse i kommunens planer, hjelp til å få tiltakene inn i budsjettene samt hjelp til forankring i administrativ og politisk ledelse.

Følgende forhold ble konkret nevnt som motivasjon for å bli med som erfaringskommune:

#### *Konkret hjelp i eget arbeid*

- Trengte hjelp til å få folkehelse til å gjennomsyre kommuneplanens samfunnsdel
- Behov for hjelp til å få folkehelse tiltak inn i budsjettene.
- Håp om å få drahjelp med tanke på folkehelse i pågående planarbeid



#### *Forankring mot administrativ og politisk ledelse*

- Ønske om å involvere rådmannsnivået i større grad
- Ønske om hjelp til å synliggjøre gevinster overfor politikere
- Et praktisk prosjekt vil være gunstig mht forankring

#### *Generell interesse i utviklingsprosjekter*

- Prosjektdeltakelse medfører mye læring
- Stemmer med kommunens ønske om å være utviklingsrettet

Ressurskommunenenes motivasjonen handlet i all hovedsak om et ønske om å kunne bidra med egen kunnskap til andre kommuner.

### **4.3 Forståelse av prosjektets innhold**

#### **4.3.1 Oppfatning**

Alle kommunene hadde fått informasjon skriftlig og muntlig før de ble med i prosjektet. Det er enighet om at den overordnede intensjonen fylkeskommunen har hatt med prosjektet har vært god. Mens enkelte kommuner mener informasjonen har vært tydelig om hva prosjektet skulle handle om på et overordnet nivå, var andre kommuner av den oppfatningen at det som ble kommunisert fra fylkeskommunen var utydelig. En kommune sier de fikk informasjon i flere omganger, men at den var forskjellig fra gang til gang, og at til og med navnet på prosjektet endret seg. En annen kommune sier at det var så uklart hva prosjektet handlet om at de måtte starte på nytt to ganger; de startet å arbeide med planarbeidet, gikk over til å ta for seg konkrete prosjekter, og til slutt gikk de tilbake til å jobbe med planarbeidet. Flere kommuner sier de er usikre på om fylkeskommunen selv hadde en klar oppfatning av innholdet i prosjektet. En annen kommune sier at de gjennom hele prosjektperioden og til og med i dag er usikre på hva de kommer til å få igjen for å være med i prosjektet.

Fylkeskommunen hadde videresendt Helsedirektoratets bestilling til noen kommuner for å informere kommunene om prosjektet. En informant sier:

*"Jeg oppfattet at dette prosjektet var noe Helsedirektoratet hadde gitt til Sør-Trøndelag fylkeskommune, men det tok lang tid før jeg skjønnte hva det egentlig handlet om. Selv om jeg fikk lese Helsedirektoratets bestilling, skjønnte jeg det nok ikke likevel."*

Det vil si at selv om fylkeskommunen har informert med det de hadde av informasjon ved prosjektstart, opplevdes denne informasjonen såpass uklar at

kommunene allikevel ikke har hatt noen entydig oppfatning av prosjektet. Helsedirektoratets beskrivelse inneholdt ikke kun det prosjektet som fylkeskommunen fikk – Folkehelse i plan, men alle tre prosjektene som hadde vært utlyst. En av ressurskommunene hadde derfor oppfattet det som om Sør-Trøndelag fylkeskommune sitt prosjekt omhandlet alle tre prosjektene som i sin tid var utlyst av Helsedirektoratet.

Halvparten av kommunene hadde en klar forståelse av prosjektet på et overordnet nivå, men sier at bestillingen til kommunene var uklar. Oppfattelsene av de overordnede målene til prosjektet var nesten sammenfallende; å få folkehelse inn i plan og få tiltakene besluttet, å komme fra plan til økonomiplan og å få hjelp til å få en rød tråd gjennom planarbeidet og helt inn i budsjettet.

### **4.3.2 Forventninger**

Ettersom bestillingen av kommunene ble oppfattet som uklar, hadde kommunene heller ikke så klare forventninger til prosjektet. Noen nevnte at de hadde forventninger om å komme litt videre i det praktiske arbeidet, lære fra de andre kommunene, hjelp med å få folkehelse inn i budsjettet, bygge nettverk og får hjelp til å forankre folkehelsearbeidet ut mot politikerne. Forventningene er nært knyttet opp mot kommunenes motivasjon for deltakelse (se kapittel 4.2.1).

Kommunene føler de har fått innfridd forventningene sine om å få innblikk i hvordan andre kommuner arbeider med *Folkehelse i plan*, og de opplever også at de gjennom prosjektet har fått nettverk til andre kommuner i Sør-Trøndelag som de kan ta kontakt med for spørsmål. De forventningene som flere kommuner nevnte ikke var innfridd, var hjelp til å få folkehelse inn i plan og hjelp til å påvirke politikerne til å fatte vedtak som styrker folkehelse inn i virksomhetsplanene. En kommune uttrykker det slik:

*”Jeg trodde prosjektet skulle hjelpe oss til å få folkehelse inn i budsjettene, og så viste det seg at det var vi som skulle gi fylkeskommunen noe. Det er vi som har vært bidragsytere til prosjektet, ikke fylkeskommunen. Jeg trodde vi skulle fått mer ved å bli med.”*

Det at det gjennom informasjonen i starten av prosjektet ble skapt noen forventninger som ikke ble innfridd, viser igjen at bestillingen fra fylkeskommunen til kommunene kunne vært tydeligere.

### **4.3.3 Forventninger - Våre refleksjoner**

Kommunene forventet i all hovedsak å få noe igjen som kunne være til hjelp i egen hverdag. Det være seg konkret hjelp til prosesser (hvordan gjøre ting) eller hjelp til forankring i administrativ og politisk ledelse. Disse forventningene ble ikke møtt. Dette ser ikke ut til å ha blitt fanget opp underveis i prosjektet siden det ikke er gjort konkrete grep for å justere forventningene.

Det er uklart i hvilken grad kommunenes forventninger er blitt avklart i prosjektet. Prosjektgruppen i fylkeskommunen sier at prosjektets hensikt har blitt formidlet til kommunene, og at en prøvde å få en forventningsavklaring muntlig, men at en kanskje *"har gått for fort fram"*.

Fylkeskommunens forventning var todelt, avhengig av hvem som ble spurt av folkehelsekoordinator og prosjektleder. Dette kom av den ulike måten prosjektet ble forstått på, slik omtalt i kapittel 3.2.3. Folkehelsekoordinator var på linje med kommunenes forventninger, det vil si at kommunene skulle få støtte i sine prosesser. Prosjektleder formidlet forventningene basert på bestillingen fra Helsedirektoratet, det vil si det prosjektet egentlig skulle handle om, som var å samle erfaringer fra kommunene om hvordan de arbeidet med folkehelse. Tilsammen ble forventningene fra fylkeskommunene ganske uklare. Det at prosjektgruppen i fylkeskommunen ikke var samkjørt i hva prosjektet skulle gi til kommunene er nok en viktig årsak til at forventningsspriket ikke ble avdekket og håndtert.

## **4.4 Prosjektgjennomføring**

Som vi har sett, syntes kommunene at informasjonen og bestillingen fra fylkeskommunen til kommunene var uklar, men kommunene er allikevel godt fornøyd med hvordan fylkeskommunen har gjennomført selve prosjektet. Med prosjektgjennomføring tenker vi på samlingene fylkeskommunen har arrangert med kommunene, besøk fylkeskommunen har gjort i kommunene, samtaler kommunene har hatt med fylkeskommunen (via telefon o.l.) og kontakt som har oppstått mellom kommunene og med ressurskommunene.

### **4.4.1 Heldagssamlingene**

Fylkeskommunen har arrangert tre heldagssamlinger i Trondheim der alle kommunene har vært invitert. Oppmøte har vært godt. Til de to første samlingene fikk kommunene oppgaver de skulle forberede seg til. Den første samlingen ble brukt til å presentere status i kommunenes planarbeid. Den andre samlingen ble kalt en «arbeids- og erfaringsutvekslingsdag». På den siste samlingen skulle kommunene

diskutere det innholdsmessige i prosjektet ut fra spissformulerte påstander, og det skulle også planlegges hvordan prosjektet skulle legges frem til den store landskonferansen med Helsedirektoratet i Sandefjord. På alle samlingene har det vært rom for kommentarer og diskusjoner, og i tillegg har det vært noen andre presentasjoner; fra Helsedirektoratet, NTNU Samfunnsforskning og fylkeskommunen selv.

Kommunenes tilbakemelding på gjennomføringen av samlingene er stort sett meget positiv. De sier at samlingene har gitt dem «påfyll» i folkehelsearbeidet. Unntaket er en kommune som sier at de hadde forventet å få noe mer enn kun oppsummeringer fra andre kommuner og at de i stedet kunne ønsket seg flere eksterne foredragsholdere for å få inspirasjon.

Ressurskommunene har også vært aktive på disse heldagssamlingene. De har informert om hva som er gjort av folkehelsearbeid i sine kommuner og tilbudt seg å ha en rådgivende funksjon. En representant fra en av ressurskommunene sier at erfaringskommunene fra første til andre heldagssamling har hatt en tydelig utvikling i sin forståelse av hva folkehelse er og hvordan de skal jobbe med det, og at han opplever en endring i hvordan kommunene organiserer folkehelsearbeidet.

#### **4.4.2 Kontakt med fylkeskommunen i prosjektperioden**

Fylkeskommunen har fulgt opp alle kommunene med i snitt to besøk og også annen kontakt som mail og telefonsamtaler. Kommunene gir fylkeskommunen ros for at de utvider kommunenes forståelse av folkehelsebegrepet til å dreie seg om noe mer enn bare helse. En person nevner at fylkeskommunene har gitt kommunene en bedre og bredere forståelse av folkehelsebegrepet: «*Nå vet vi at det handler vel så mye om kultur som om overvektige barn.*» Fylkeskommunen beskrives som initiativtakere for å få kommunene til å arbeide med målrettet folkehelsearbeid, at de har høy kompetanse og at de har vært på tilbudssida.

En kommune mener kontakten bærer preg av lite kontinuitet, mens de andre kommunene er veldig fornøyd med den oppfølgingen de har fått fra de to kontaktpersonene i fylkeskommunen. De har fulgt opp med jevnlig telefonsamtaler, lagt til rette for innspill og kommet på besøk, både besøk fylkeskommunen selv har initiert og møter som kommunene har bedt om. Det har vært variasjon i hvordan fylkeskommunen har vært brukt i kommunene. I to av kommunene har fylkeskommunen vært med og pratet om folkehelse i prosessmøter med politikerne. Kommunene vet ikke hvilket utslag dette kan gi i form av økte bevilgninger til

folkehelseformål i budsjettene, men de føler at de har fått støtte i arbeidet med å bevisstgjøre politikerne om hva folkehelse er. Flere av de som jobber med folkehelse i kommunene sier at det å ha med fylkeskommunen enten på møter eller å si at «fylkeskommunen har sagt at dere må tenke på Folkehelse» gir dem mer tyngde med tanke på å få gjennomslagskraft for folkehelsearbeidet i kommunen.

#### **4.4.3 Ressurskommunene**

Som tidligere nevnt har det vært med to ressurskommuner i prosjektet. Det vil si kommuner som på ulikt vis har kommet lengre enn de andre kommunene i folkehelsearbeidet, og som kan gi gode eksempler og være rådgivere for erfaringskommunene. Den ene av ressurskommunene sier at de selv ba om å få være en ressurs inn i prosjektet, og for fylkeskommunen var det nyttig å ha med et par kommuner som hadde kommet langt i folkehelsearbeidet.

Den ene av kommunene har mye spisskompetanse på konkrete områder som det kan settes inn folkehelseiltak på. De har først og fremst bistått prosjektet med en liste med navn med ressurspersoner som er eksperter på hvert sitt fagområde i sin kommune og som er tilgjengelige for spørsmål. Denne listen er blitt godt mottatt fra de erfaringskommunene og blir sett på som et nyttig bidrag når det gjelder å få hjelp til å finne ut av hvor de kan finne kompetanse. Det har imidlertid vist seg at denne listen er blitt lite brukt, og i den grad personene på lista har blitt kontaktet av erfaringskommunene så har det vært av kommuner som fra før av har et samarbeid med enkeltpersoner i ressurskommunen. Allikevel oppleves det som nyttig for erfaringskommunene å ha en liste med ressurspersoner de vet det er i orden å ta kontakt med hvis det skulle dukke opp spesifikke spørsmål.

Den andre ressurskommunen har kommet langt i planarbeidet. De har vært og er fremdeles involvert i et forskningsprosjekt rundt det å få folkehelsearbeidet fra plan over til praksis. De har presentert seg og sitt planarbeid på samlingene, men de har ikke funnet noen måte der de kunne bidra konkret med sin kompetanse i prosjektet. Erfaringskommunene mener det er nyttig at prosjektet har hatt med ressurskommunene selv om de ikke har fått så mye konkret nytte av dem. Ressurskommunene selv synes også det har vært nyttig å få være med på dette prosjektet for å få mer kunnskap om folkehelsearbeidet som skjer rundt omkring i fylket, og selv om prosjektet formelt er over håper de at det er etablert kontakt som gjør at de i fremtiden kan bli kontaktet og være en ressurs for andre.

#### **4.4.4 Håndbok i folkehelsearbeidet**

Som tidligere nevnt ser STFK dette prosjektet som en videreføring av arbeidet med *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK2014). De fleste kommunene i dette prosjektet har vært med i utarbeidelsen av denne folkehelseplanen. Fylkeskommunen hadde tenkt at den regionale folkehelseplanen, som var presentert som ei håndbok, skulle brukes i dette prosjektet, noe som bare delvis har skjedd. Den har blitt vist frem på første fellessamling, og fylkeskommunen har hatt den med ut og brukt deler av den som huskeliste for folkehelsearbeid i kommunene. Håndboka blir sett på som et nyttig verktøy, men den er såpass omfattende at i den grad den blir brukt, så er det mest de som selv arbeider med folkehelse i kommunene som bruker den. Det blir sagt at den er et godt verktøy, men at den er vanskelig å forankre på grunn av kompleksiteten.

En kommune har arrangert folkemøter der ulike aktører, både forvaltning, politikere, frivillige organisasjoner og næringsliv har vært invitert. Her er håndboka blitt brukt som verktøy i forberedelsene til disse folkemøtene.

#### **4.4.5 Arbeid i egen kommune**

Fylkeskommunen hadde som mål å følge kommunene i deres arbeid underveis og benytte sine observasjoner i kartleggingsøyemed. Samtidig med dette ønsket prosjektgruppen å bidra inn i de kommunale prosessene der det var hensiktsmessig. Dette har ikke vært uproblematisk. Fylkeskommunens prosjekt, som var kortvarig, skulle følge kommunale prosesser som var i gang og som for en del kommuner ikke var i en fase med relevans for de problemstillingene fylkeskommunens prosjekt var ute etter. Dette misforholdet mellom kommunens situasjon og prosjektets varighet og hensikt er nærmere beskrevet i kapittel 3.2.3.

En konsekvens av dette ble tydelig i en kommune hvor aktiviteten knyttet til fylkeskommunens prosjekt ble gjennomført som en aktivitet *på siden* av hovedaktiviteten i kommunen. Ressursene som var tilgjengelige gjennom prosjektet ble da ikke utnyttet så godt som de kunne vært.

Kommunenes deltakelse var for manges vedkommende motivert i at de forventet å få noe tilbake (se kapittel 4.2.1), og at de ikke skulle bidra med annet enn det de likevel skulle ha gjort. I prosjektet har kommunene blitt utfordret til å holde innlegg om egen aktivitet og egne utfordringer på fellessamlingen. Dette har for noen kommuner blitt oppfattet som ekstraarbeid, noe som ikke var i tråd med opprinnelige forventninger.

En kommune opplever at de ikke har fått noe konkret hjelp til planarbeidet. De har gjort mye underveis, men mener at dette ville blitt gjort uansett. Det har blitt mer fokus på folkehelsearbeid i kommunen i den tiden prosjektet har pågått, men det er usikkerhet om dette har hatt med prosjektet å gjøre.

Fylkeskommunens håndbok i folkehelsearbeid (*Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK 2014)) blir av flere kommuner trukket frem som nyttig i arbeidet i egen kommune, og at dette prosjektet har bidratt til å hjelpe kommunene til å ta i bruk denne.

#### **4.4.6 Oppsummering - Gjennomføring**

Til tross for at kommunene opplevde oppstarten av prosjektet og informasjonen som ble sendt ut i starten som uklar, og til tross for at de ikke har blitt møtt i sine forventninger, er både erfarings- og ressurskommunene godt fornøyd med måten STFK har gjennomført prosjektet på. Særlig fremheves fellessamlingene, STFK sin kompetanse og serviceinnstilling overfor kommunene som positivt. De innsigelsene kommunene har er beskrevet som forslag til forbedringer i kapittel 4.5.2.

### **4.5 Kommunenes nytte av prosjektet og forslag til forbedringsområder**

#### **4.5.1 Nytte**

Alle kommunene som har deltatt sier de har hatt god nytte av prosjektet. Som nevnt i kapittel 4.3.2 om kommunenes forventninger, trodde kommunene at de kom til å få hjelp til blant annet å komme litt videre i det praktiske arbeidet, samt å få hjelp med å få folkehelse inn i budsjettet og å forankre folkehelsearbeidet ut mot politikerne. Noen av kommunene sier de har fått hjelp med implementeringen av folkehelse i ulike prosesser som har pågått i kommunen. Det er kommuner som har fått STFK til å bidra aktivt på møter med politikerne som sier dette. Representanter fra disse kommunene sier at de har fått mer tyngde i sine argumenter for folkehelsesatsning i kommunene ved å ha STFK aktivt med i disse prosessene og at politikerne gjennom dette ble bevisstgjort om hva folkehelse dreier seg om. De som arbeider med folkehelse i kommunene føler at de blir lyttet mer til av politikere, folk høyere opp i kommuneadministrasjonen og andre viktige aktører når de enten har STFK med seg på møter eller kan si at «*STFK sier at vi skal jobbe på denne måten*».

Når kommunene skal oppsummere hvilken nytte de har hatt av prosjektet, er det ikke først og fremst de tilsiktede målene med prosjektet som nevnes. Det er oftere de mer utilsiktede konsekvensene av prosjektet som fremheves som nyttig for kommunene.

Alle er enige om at de gjennom prosjektet har fått økt bevissthet rundt folkehelse. Økt oppmerksomhet og fokus rundt folkehelse, og ikke minst deltakelse på en arena der folkehelse er tema, hjelper kommunene til å sette folkehelse på dagsorden.

*”Den største nytten for oss har vært å få satt folkehelse enda sterkere på dagsorden. Vi snakker mer om folkehelse nå enn før i kommunen.”*

Den økte bevisstheten gjelder ikke bare folkehelsearbeiderne selv, men flere sier at prosjektet har hjulpet dem til å «*bevisstgjøre folket i kommuneadministrasjonen*» og også gitt dem bidrag og argumenter til å understøtte betydningen av folkehelse ut mot viktige aktører i kommunen.

Kommunene sier også at de gjennom prosjektet har fått økt kompetanse rundt folkehelse. Kommunene har fått innblikk i hverandres folkehelsearbeid, fått nyttige tips fra ressurskommunene, og støtte og hjelp fra fylkeskommunen. Noen kommuner fremhever fellessamlingene som den største kilden til kompetanseheving, mens andre fremhever besøkene som fylkeskommunen har gjort ute i kommunene. Selv om STFK ikke har kommet med konkrete svar på hvordan de skal få folkehelse over fra plan til praksis, så har de fått noen verktøy de kan bruke for å komme et stykke på vei. Noen fremhever fylkeskommunens *Håndbok i folkehelsearbeid*, som fylkeskommunen har referert til underveis, mens andre sier at de har «*fått noen gode spørsmål som har hjulpet oss å reflektere*».

I følge tilbakemeldinger fra kommunene har fylkeskommunens prosjekt sammen med kunnskapsoppsummeringen (Tilset et al., 2015) ført til at kommunene har blitt mer oppmerksomme på verdien av *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK 2014) og at de nå tar den aktivt i bruk i det lokale folkehelsearbeidet.

Kommunene er organisert ulikt, og den eller de personene som har ansvar for folkehelse befinner seg gjerne på ulike steder i kommuneorganisasjonen. Det vil si at det ikke er mulig å gi noen modell eller oppskrift på det konkrete folkehelsearbeidet. Men som en av kommunene sier:



*”Det er godt å få bevissthet og veiledning på hvilke strategier som kan brukes. Dette er også mest hensiktsmessig ettersom det ikke finnes noe fasitsvar i folkehelsearbeidet.”*

Flere snakker også om at de har fått økt bestillerkompetanse med tanke på hva de kan spørre fylkeskommunen om. Det vil si at kommunene nå har mer oversikt over hva fylkeskommunen kan og ikke kan hjelpe dem med, og dermed er det tydeligere for kommunene hva de kan og ikke kan be om hjelp til.

Som nevnt, opplever kommunene at de gjennom prosjektet har fått et «folkehelsenettverk». I dette nettverket kan de ha erfaringsoverføring. Selv om både ressurs- og erfaringskommunene arbeider ulikt med folkehelse, har de allikevel så mye erfaring at de kan diskutere og komme med tips til hverandre både med tanke på forankring og organisering, men også på praktisk folkehelsearbeid. En kommune sier at *«vi trenger jo ikke finne opp kruttet flere ganger»*. Mulighetene som har åpnet seg for erfaringsoverføringen mellom kommunene, uavhengig av om de andre kommunene har kommet kortere eller lengre i sitt folkehelsearbeid, blir derfor trukket frem som et stort fortrinn ved prosjektet.

#### **4.5.2 Forbedringsområder**

Som vi har vært inne på, mener kommunene at fylkeskommunen sin «bestilling» til dem var uklar, og informasjonene rundt prosjektet i oppstartsfasen var forvirrende. En av kommunene sier også at representantene fra fylkeskommunen ga dem noe motstridende informasjon om hvordan de skulle jobbe med prosjektet. Dette gjorde at de kom litt sent i gang med prosjektarbeidet, spesielt tatt i betraktning den korte prosjektperioden. I samtaler med kommunene kom det også frem innvendinger mot prosjektorganiseringen. Først og fremst pekes det på prosjektets varighet. Det var litt vanskelig å etablere *«fellesnevner»* med de andre kommunene når prosjektet ikke hadde lengre varighet. De fleste kommunale planprosesser tar minimum ett år. Det vil si at det er vanskelig å følge kommunale prosesser gjennom et prosjekt som kun varer et halvt år. Som en av kommunene sier:

*”Dere starter en prosess, men hopper av veldig tidlig. Det er nå (i juni) vi lager handlingsplan for 2016. Det er fra nå av det hadde vært nyttig for dere å fulgt arbeidet vårt.”*

I tillegg arbeider ikke kommunene helt i takt. Det vil si at det arbeides med ulike deler av det kommunale planarbeidet til ulike tider i de forskjellige kommunene.

Dette førte til at tidsrommet prosjektet varte passet bedre til noen kommuners «rytme» enn til andres.

*”Det er utfordrende for oss folkehelsekoordinatorer i kommunene å kjøre egne prosjekter løsrevet fra det kontinuerlige arbeidet i kommunen. Prosjektet burde synkronisert seg bedre med arbeidet som pågår i kommunene.”*

De to viktigste tilbakemeldingene til forbedringsområder som det var stor enighet om var:

- Tydeliggjøring av bestillingen til kommunene og entydig informasjon.
- Tilpasning av prosjektets varighet og igangsetting til kommunenes planarbeidsprosess.

Det var også flere mindre og konkrete tilbakemeldinger på forbedringsområder:

- Et par kommuner sier de kunne ønsket seg mer ekstern kompetanse inn i prosjektet. De føler selv at de har bidratt mye, mer enn de var blitt forespeilet, i heldagssamlingene og de mener de har gitt fylkeskommunen kanskje vel så mye som det de har fått tilbake. Som belønning for dette kunne de ønsket seg mer påfyll i form av inspirasjon og hjelp fra aktører andre steder i landet som har ekspertise på området.
- Et par andre kommuner nevner at de kunne ønsket at fylkeskommunen kunne gitt dem noen tydelige og konkrete arbeidsoppgaver de kunne øvd seg på. Et ønske var å få gått gjennom planverket sammen med fylkeskommunen og få informasjon.
- En annen kommune mener at de kunne ønsket seg tettere og mer regelmessig dialog og oppfølging fra fylkeskommunen og mer ryddighet rundt mailer og møteinnkallinger.
- De aller fleste kommunene var fornøyde med heldagssamlingene, men en kommune mener at samlingene har vært for like, det har vært for lange presentasjoner fra de andre kommunene og at fylkeskommunen heller burde lagt opp til mer gruppearbeid på tvers av kommunene.
- En kommune nevner også listen med ressurspersoner de fikk av den ene ressurskommunen. Listen er nyttig, men de skulle ønske de hadde fått presentert personene som sto på den ettersom det er lettere å ta en telefon til personer man har sett og møtt.

- Den andre av ressurskommunene burde ha kommet mer på banen med sine modeller for folkehelsearbeid slik at erfaringskommunene selv kunne få så mye informasjon at de selv kunne vurdert om det var noe som var overførbart til dem.

Som vi var inn på i forbindelse med de forventningene kommunene hadde (kapittel 4.3.2), var ambisjonene med tanke på de uttalte målene til prosjektet for ambisiøse. Selv om prosjektet har oppnådd mye for kommunene, mener flere at prosjektet ikke kom så langt på det uttalte målet – Fra plan til handling – som de var blitt forespeilet. Det er blitt skapt flere forventninger enn de som er blitt møtt. Et forslag er derfor å senke ambisjonsnivået til et mer realistisk nivå i neste prosjekt.

## **4.6 Ønsker om fylkeskommunens rolle i framtidige prosjekter**

Kommunene er overveidende positive til den relasjonen de har med fylkeskommunen, men det er noe usikkerhet rundt hvilken rolle det er meningen fylkeskommunen skal ha overfor dem. Kommunene har flere områder der de ønsker samarbeid med og støtte fra fylkeskommunen i fremtiden.

Vi kan dele inn forslagene og ønskene overfor fylkeskommunen i to overordnede funksjoner; fylkeskommunen som kunnskapsleverandør og fylkeskommunen som tilrettelegger. Ønskene fra kommunene til fylkeskommunen er mange og detaljerte. Noen av dem arbeider fylkeskommunen allerede med i dag, andre kan fylkeskommunen gjøre noe med eller forsterke, mens noen av forslagene vil kreve for mye ressurser eller være utenfor fylkeskommunens områder ut fra dagens organisering. Det er allikevel verdt å nevne forslagene for å vise hvor kommunene opplever at de trenger støtte.

### **4.6.1 Kunnskapsleverandør**

- Kommunene ønsker at fylkeskommunen skal være behjelpelig med å gi tall og statistikk rundt helse- og befolkningsdata slik at det blir lettere for kommunene å drive det de kaller for «kunnskapsbasert folkehelsearbeid». For eksempel kan fylkeskommunen være leverandør av statistikk over alle kommuner i fylket.
- De kommunene som allerede har egne tall og statistikk, ønsker at fylkeskommunen skal gi informasjon om hva disse tallene kunne brukes til.

- Kommunene ønsker bedre oversikt over hva som er de «riktige» tiltakene på området forebygging/universell utforming. Fylkeskommunene kunne ha en «bank» der det gikk an å få oversikt over konkrete folkehelseiltak.
- Fylkeskommunen kan være en drivkraft for kompetanseheving på flere nivå i kommunene.
- Kommunene ønsker hjelp til overordnet argumentasjon for folkehelseiltak. Det er ofte vanskelig å argumentere overfor politikere for tiltak de ikke ser den umiddelbare økonomiske fordelene ved. Fylkeskommunen kan gi informasjon om hvilke tiltak som har best effekt i folkehelsearbeid.
- Fylkeskommunen bør ha tett kontakt med FoU og videreformidle forskningsresultater og være bindeledd mellom kommunene og forskning.
- Kommunene trenger mer kompetanse på miljørettet helsevern, og dette bør bli en del av fylkeskommunenes folkehelsearbeid.
- Det skal være mulig å bruke fylkeskommunen rådgivende; Hvis man lurer på noe skal man vite hvem en kan ta kontakt med og hvilken hjelp en kan regne med å få.

#### **4.6.2 Tilrettelegger**

- For at fylkeskommunen skal få formidlet den kunnskapen de har bør de invitere inn til kurs og samlinger som de arrangerer for kommunene.
- Fylkeskommunen bør ha en overordnet koordinerende rolle mellom kommunene. Dette kan de for eksempel utøve på følgende måter:
  - Etablere nettverk mellom kommunene.
  - Bidra aktivt til erfaringsoverføring mellom kommunene.
  - Fylkeskommunene bør satse på flere prosjekter som dette der de kan invitere inn kommuner. Flere mener det er denne typen arbeid som fører til utvikling i kommuner, og hvis man ikke har slike prosjekter/nettverk, blir en i de minste kommunene sittende alene på sitt fagområde.
- Ha kompetanse til å fasilitere strategisamlinger ute i kommunene, og gjennom dette gi folkehelsearbeiderne/-koordinatorene større gjennomslagskraft i sitt arbeid.
- Noen kommuner etterlyser mer strukturert samarbeid og oppfølging fra fylkeskommunen, og at ansvaret for dette samarbeidet skal ligge hos fylkeskommunen.

I tillegg råder kommunene fylkeskommunene til å kjøre flere slike prosjekter som dette ettersom fylkeskommunen her kan kombinere rollen med å være kunnskapsleverandør og tilrettelegger.

Det er også flere kommuner som nevner fylkeskommunens ansvar for de videregående skolene, og at de bør arbeide mye mer aktivt ut mot dem. Ettersom de videregående skolene ikke kommer innenfor kommunenes ansvarsområder, er dette noe som kommer i tillegg til rollene som kunnskapsleverandør og tilretteleggere for internt arbeid i kommunene, i samhandlingen mellom kommunene og i kommunalt planarbeid.

## **5 Gjennomføring i fylkeskommunen**

### **5.1 Folkehelse i Sør-Trøndelag fylkeskommune i dag**

I forord til *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag* (STFK 2014) skriver fylkesrådmannen at: *"Gjennom folkehelseloven har fylkeskommunen et lovpålagt ansvar for å fremme folkehelse innen de oppgaver de er tillagt, og være en pådriver og samordner for folkehelsearbeidet i regionen. Fylkeskommunen skal understøtte folkehelsearbeidet i kommunene."* Denne folkehelseplanen, også kalt *Håndbok i Folkehelsearbeid*, er utarbeidet i et samarbeid mellom kommuner i fylket og fylkeskommunen. Håndboka har fått meget god mottakelse, både i Sør-Trøndelag og i andre fylker. Fra fylkeskommunens side deltok fylkets folkehelsekoordinator, som er en 100% stilling, og en midlertidig ansatt prosjektleder med bl.a. ansvar for tekstproduksjonen. Etter avsluttet arbeid sluttet prosjektlederen i sin midlertidige stilling. Fra fylkeskommunens sin side var det ingen plan for hvordan arbeidet med håndboken skulle videreføres, og utlysningen fra Helsedirektoratet kom derfor svært betimelig. Temaet passet veldig godt med tanke på å fortsette arbeidet.

Etter at Helsedirektoratet tildelte Sør-Trøndelag fylkeskommune dette prosjektet ble det engasjert en ekstern prosjektleder som ble midlertidig ansatt i 50% stilling. I kapittel 3.2.2 omtales de forventninger som prosjektleder hadde til fylkeskommunen mht. forankring av folkehelse generelt og dette prosjektet spesielt.

Kommunale folkehelsekoordinatorer rapporterer om at arbeid med folkehelse generelt og tverrsektorielt samarbeid spesielt er krevende og vanskelig. Det handler både om forankring av folkehelse som tema og om realisering av tverrsektorielt samarbeid i kommunen. Ut i fra det som er observert i dette prosjektet kan det virke som om Sør-Trøndelag fylkeskommune sliter med akkurat de samme utfordringene.

Det har vært vanskelig å få øye på tverrsektorielt samarbeid innen folkehelse som gjenspeiler de krav og forventninger som er pålagt kommunene. Selv om fylkeskommunen ikke er organisert med de samme fagenheter som en kommune er det også i fylkeskommunen behov for samhandling på tvers av enheter. Dette prosjektet har ikke grunnlag for å kunne si noe om enkeltpersoners oppmerksomhet på, og arbeid med folkehelserelevante oppgaver i fylkeskommunens øvrige enheter. Men det kan se ut som om folkehelse som tema ikke er sterkt organisatorisk forankret i Sør-Trøndelag fylkeskommune. Dette inntrykket forsterkes av at det benyttes eksterne, midlertidig ansatte, i viktige prosjekter som medfører at mye erfaring, kunnskap og relasjoner forsvinner idet prosjektlederen er ferdig med oppdraget og forlater jobben. Dette er situasjonen både etter arbeidet med håndboken i 2014 og etter dette prosjektet.

Dette prosjektet har vist at kommunene har behov for oppmerksomhet og støtte fra fylkeskommunen. Det etterspørres både kunnskap, rådgivning og ulike tjenester som for eksempel analyse av oversiktsdata. Sett i forhold til det som er fylkeskommunens rolle, slik beskrevet i innledningen til dette kapitlet, har Sør-Trøndelag fylkeskommune fortsatt en vei å gå.

## **5.2 Fylkeskommunens refleksjoner**

Prosjektleder opplevde å bruke unødig lang tid på å få oversikt over prosjektet og å komme i gang med arbeidet ut mot kommunene. Med en bedre forståelse for prosjektets innhold hevder prosjektleder å kunne hatt en tydeligere rolle overfor kommunene. Dette gjelder hva som var forventet av kommunene og hva som skulle etterspørres. Med en bedre forståelse ville møtene med kommunene kunne blitt gjennomført på en mer ryddig måte og med mer tydelig agenda. Kommunene kunne da fått mer konkrete spørsmål som utfordret kommunene i den situasjonen de var i. I følge prosjektleder ville dette kunne ha bidratt til å løfte fylkeskommunens rolle innen folkehelse.

Alle kommunene ble besøkt, noen flere ganger. Det ble benyttet både fysiske møter og videokonferanse. Prosjektleder opplevde at kommunene hadde en uklar oppfatning av hva prosjektet handlet om, men at det var en gjennomgående positiv holdning til å få oppmerksomhet av fylkeskommunen. Prosjektleder mente at en noe annerledes sammensetning av erfaringskommunene ville kunne hatt en positiv effekt på arbeidet med erfaringsinnsamling og oppsummering, og det nevnes eksempel på aktuelle kommuner som kunne deltatt. Det er ikke kjent om disse kommunene ble forespurt om deltakelse ved prosjektstart.

Helsedirektoratet har vært en god samtalepartner underveis i prosjektet og har kommet med gode innspill. Prosjektgruppen har ikke opplevd noen begrensninger fra direktoratets side mht gjennomføring av prosjektet. Prosjektets kontaktperson i Helsedirektoratet har deltatt i alle fellessamlingene med kommunene. Denne deltakelsen har vært viktig, både reelt gjennom innspill og bidrag og symbolsk for å markere prosjektets betydning.

Prosjektgruppen sier at bruken av ressurskommuner ikke fungerte helt etter planen, og disse fikk etter hvert en rolle mer lik de andre, men da som kommuner med mer erfaring. Malvik ble valgt som ressurskommune side de hadde gjort mye innenfor folkehelse, mens Trondheim ble valgt siden det er en stor kommune med mange ressurser og kompetanse på en rekke fagområder.

Prosjektleder sier at det vært vanskelig å forstå hvordan fylkeskommunen arbeider med folkehelse. Flere rådgivere tenker og snakker om folkehelse, men det ser ut til at det først og fremst er folkehelsekoordinatoren som ivaretar fylkeskommunens ansvar for folkehelsearbeid.

Rollen til fylkets folkehelsekoordinator i prosjektet var ikke tydelig, og prosjektleder var noe usikker mht hva som kunne forventes i prosjektsammenheng. Prosjektleder opplevde at de to ikke hadde helt omforent forståelse for hva prosjektet skulle handle om, noe som nok har bidratt til at dialogen med kommunene om prosjektets innhold ikke ble effektiv. Samarbeidet mellom prosjektleder og folkehelsekoordinatoren har fungert meget godt, men de ulike forventningene da har hatt til prosjektet har til tider ført til at de har "dratt" prosjektet i litt ulike retninger.

Fylkeskommunens folkehelsekoordinator sier at han brukte prosjektet for å vise kommunen at fylkeskommunen har en rolle i folkehelsearbeidet. Prosjektet har hatt positive effekter mht dette, og det er etablert flere relasjoner ut i kommunene. Kommunenes deltakelse i prosjektet innebærer at det brukes mer tid på folkehelse, og folkehelse som tema får mer oppmerksomhet. Dette har ført til at politisk og administrativ ledelse er mer mottakelig for det arbeidet som utføres av folkehelsekoordinatoren i kommunen. Erfaringene er at i møte med kommunene er det viktig at fylkeskommunens representant skjønner den lokale konteksten, er litt raus og romslig og tar kommunene på alvor. Fylkeskommunen må være tydelig på at fylkeskommunen har kompetanse som kommunene kan benytte.

Prosjektgruppens vurderinger er at Sør-Trøndelag fylkeskommune bruker for lite ressurser på folkehelse, og at innleie av midlertidige ressurser til sentrale oppgaver

bør unngås. De er tydelige på at dette er en uheldig situasjon med tanke på kontinuitet i folkehelsearbeidet i Sør-Trøndelag fylkeskommune.

### **5.3 Vurdering av betydning av FoU deltakelse**

I følge prosjektleder har deltakelse fra FoU miljø vært viktig, og det har hevet statusen på prosjektet, særlig overfor kommunene. Det har også vært viktig for prosjektet at NTNU Samfunnsforskning har bidratt med kunnskap omkring det organisatoriske perspektivet. Konkretiseringen av hvordan arbeidet med operasjonalisering foregår og tydeliggjøringen av at de store utfordringene knyttet til operasjonalisering egentlig er "ordinære" organisatoriske utfordringer har vært nyttig for forståelsen av hva dette handler om. Prosjektleder presiserer betydningen av at forskningspartner i dette prosjektet kom fra et organisasjonsfaglig miljø og ikke fra et helsefaglig miljø.

Også kommunene er svært positive til at FoU deltakere har vært med på kommunebesøk sammen med Sør-Trøndelag fylkeskommune. To kommuner benyttet seg av tilbudet om å benytte FoU miljøet som en ressurs. I den ene kommunen deltok en representant fra NTNU Samfunnsforskning med en presentasjon i et møte med utvidet ledergruppe i kommunen. Tilbakemeldingene fra dette møtet tyder på at det var et vellykket bidrag. Denne kommunen er svært tydelig på viktigheten av å ha med FoU miljø i et slike prosjekter. I den andre kommunen deltok NTNU Samfunnsforskning på et heldags arbeidsseminar med kommunens ledergruppe og sentral politikere. Her bidro NTNU Samfunnsforskning med en presentasjon og som deltaker i gruppearbeid og plenumssesjoner. Også denne kommunen gav positive tilbakemeldinger på deltakelsen.

## **6 Lærdommer**

Basert på tilbakemeldinger i intervju og observasjoner gjort underveis i prosjektet kan lærdommene oppsummeres i noen sentrale punkt som er beskrevet nedenfor.

### **6.1 Felles forståelse**

Den viktigste lærdommen i dette prosjektet handler om betydningen av felles forståelse. Bestillingen fra Helsedirektoratet opplevdes uklar, men ut over korte beskrivelser fra tidlig i prosjektet ble det ikke utarbeidet noen prosjektbeskrivelse med konkretisering av oppdraget for enklere dialog med deltakerkommunene. Resultatet ble et prosjekt med uklar bestilling og sprik i forventningene.



En konkretiseringsfase i begynnelsen av prosjektet ville kunnet ryddet opp i uklarheter og forventninger. I dialog med oppdragsgiver kunne både bestillingens ordlyd og omfanget av prosjektet blitt justert i henhold til utfordringene med kort prosjektperiode og situasjonen ute i kommunene. Utarbeidelsen av en prosjektbeskrivelse ville framtvunget en konkretisering som var savnet.

Dette ville ha dekket de to punktene kommunene løftet fram som sentrale forbedringspunkter (se kapittel 4.5.2):

- Tydeliggjøring av bestillingen til kommunene og entydig informasjon.
- Tilpasning av prosjektets varighet og igangsetting til kommunenes planarbeidsprosess.

Også fylkeskommunen nevner det å *”være tydeligere med tanke på bestilling og prosjektets innhold”* som ett viktig forbedringspunkt.

En bedre felles forståelse ville også håndtert flere av utfordringen knyttet til at fylkeskommunens prosjektgruppe hadde ulik forståelse av prosjektet.

## **6.2 Fylkeskommunen som koordinator**

Kommunene har vært svært positive i sin tilbakemelding til Sør-Trøndelag fylkeskommunes gjennomføring av dette prosjektet, og de etterspør mer av både tjenester og kompetanse. De fremhever at fylkeskommunen har en viktig rolle både som kunnskapsleverandør og tilrettelegger i folkehelsesammenheng.

Arbeidet med folkehelse viser at fylkeskommunen som aktør har en viktig rolle som regional koordinator. Uten at fylkeskommunen tok denne rollen ville kommunene, med sine ulikheter og særegenheter, være *”overlatt til seg selv”* både mht kompetanseutvikling, erfaringsutveksling og nettverksbygging. I en slik situasjon ville kommunene sannsynligvis brukt lengre tid og mer ressurser for å oppnå det samme som de i dag kan oppnå i et koordinert samarbeid i regionen.

## **6.3 Om prosjektarbeid i et utviklingsløp**

En annen viktig lærdom er at det ikke uten videre er enkelt å gjennomføre prosjekter i et utviklingsmiljø. Et prosjekt er en midlertidig aktivitet med en definert start og slutt, mens utviklingsaktivitet er en kontinuerlig kjede av påfølgende og parallelle aktiviteter uten konkrete resultatmål eller en veldefinert slutt. I dette prosjektet kom dette tydelig fram ved at folkehelsekoordinator og prosjektleder betraktet prosjektet ulikt og de hadde ikke en omforent forståelse av hva prosjektet skulle oppnå.

Prosjekter følges av ressurser, motivasjon og engasjement. Den store utfordringen kommer når prosjektet er ferdig og det som er igangsatt skal over i en driftsfase. I det et prosjekt avsluttes og ressursene forsvinner er det organisasjonens ansvar å sørge for at det som er igangsatt ikke bare dør hen, men blir videreført i en driftsfase.

Sør-Trøndelag fylkeskommune har med dette prosjektet startet et arbeid som kommunene forventer mer av. En bevissthet på videreføring i en eller annen form blir svært viktig, særlig ettersom prosjektleder var en innleid ressurs som forsvinner ut av fylkeskommunen.

## **6.4 Forankring av folkehelse**

Det kan virke som om det er noe avstand mellom liv og lære i Sør-Trøndelag fylkeskommune. Erfaringene fra dette prosjektet er at folkehelse som tema ikke er tilstrekkelig forankret i organisasjonen. Selv om fylkeskommunen uttaler at folkehelse er viktig, og at fylkeskommunen har et lovpålagt ansvar i så måte, er folkehelsekoordinator den eneste ressursen med full tid på folkehelse, og det tverrsektorielle samarbeidet innen folkehelse er vanskelig å få øye på. Opparbeidet kompetanse, erfaring og relasjoner forsvinner "ut av huset" ved at sentrale prosjekter bemannes med eksterne prosjektledere med midlertidig ansettelse.

Kommunene både ønsker og etterspør at Sør-Trøndelag fylkeskommune skal spille en rolle i folkehelsearbeidet. Et prosjekt som det som er beskrevet i denne rapporten vil kunne løfte og forsterke fylkeskommunens rolle, men det forutsetter oppfølging etter avsluttet prosjekt.

Prosjektgruppen i fylkeskommunen er selv tydelig på at det trengs bedre forankring i "eget hus", og at med innleide ressurser i stedet for eget personell blir prosjektet svært personavhengig.

## **6.5 Om sammenligning av planprosesser**

Kommunale planprosesser er forskjellig fra kommune til kommune. De har sammenlignbare mål, men følger sitt eget løp og er ulike som prosesser. For å kunne sammenligne slike ulike men beslektede prosesser er det nødvendig med et verktøy som visualiserer hvordan prosessene gjennomføres. Dette kalles ofte for arbeidsprosessmodellering. Med visuelle arbeidsprosessmodeller er det mulig å kommunisere om prosessene slik at det oppnås felles forståelse for hva som egentlig foregår. Uten slike arbeidsprosessmodeller kan det ikke oppnås en noenlunde grad

av sikkerhet for at prosessene er likt forstått , og dermed heller ingen sikkerhet for at en kan trekke gode elementer ut fra en prosess og implementere dem i en annen.

Prosjektets målformulering gitt av Helsedirektoratet var vanskelig realiserbar uten en vesentlig lengre prosjektperiode, og det var verken tid eller tilgjengelig kompetanse i fylkeskommunens til å kunne gjennomføre en modellering av planprosessene i kommunene. Dette ville også krevd en betydelig involvering fra kommunenes side, noe som ikke lå i forutsetningene bak dett prosjektet.

## **7 Oppsummering**

### ***En bestilling i utakt***

Bestillingen fra Helsedirektoratet som lå til grunn for Sør-Trøndelag fylkeskommune sitt prosjekt kan hevdes å være noe i utakt med den virkeligheten som skulle betraktes. Prosjektet hadde kort varighet, i praksis kun 5 måneder (jan-mai 2015). Dette er i minste laget for å studere hvordan kommunene arbeider i sine planprosesser og hvordan de deretter realiserer vedtatte mål. Helsedirektoratets bestilling omfattet bla. hvordan folkehelsemål blir fulgt opp i kommunens økonomiplaner, men kommunene arbeider med budsjett fra sensommer og utover høsten, og ikke i den perioden av året hvor dette prosjektet ble gjennomført. Formuleringen av prosjektets oppdrag antyder en forventning om at det finnes gode måter å arbeide på ute i kommunene, og at prosjektet skal forsøke å finne disse gode eksemplene og formidle det til andre. De kommunene som deltok i prosjektet hadde en forventning om å få hjelp i eget arbeid og opplevde å ha lite å bidra med i forhold til direktoratets forventning.

### ***Et prosjekt i utakt***

Kommunenes ulikhet i planhverdag samt ulikhet i erkjennelse og organisering av folkehelsearbeid, samtidig som fylkeskommunens oppdrag var noe utydelig og svært kortvarig, førte til en betydelig utfordring i å få felles forståelse for hva dette prosjektet egentlig handlet om. Kommunenes forståelse og forventninger var dannet på bakgrunn av den situasjon den enkelte kommune var i og hvilke behov og utfordringer som var mest påtrengende. Dette varierte fra kommune til kommune. Noen kommuner var i en famlende situasjon og ønsket hjelp til å komme videre i sitt arbeid med folkehelse, mens andre ville ha støtte til å få folkehelse inn i budsjettet. Andre igjen forventet å få støtte til forankringsarbeid mot administrativ og politisk

ledelse. Kommunene gikk inn i dette med en forventning om at det var fylkeskommunen som skulle gi noe til kommunene, men de innså etter hvert at det faktisk var motsatt. Kommunenes forventninger var i utakt med prosjektets oppgave.

### ***En fylkeskommune i utakt***

Sør-Trøndelag fylkeskommune har organisert sitt folkehelsearbeid i *Enhet for regional utvikling*, og arbeidet utføres av en folkehelsekoordinator. Erfaringene fra dette prosjektet er at utover å ha en folkehelsekoordinator virker det å være lite organisatorisk oppmerksomhet på folkehelse i fylkeskommunen, og det opplevdes vanskelig å få prosjektet forankret i fylkeskommunens organisasjon. Prosjektets framdrift og resultater har i liten grad blitt etterspurt fra ledernivå, og det har i liten grad vært interesse for tverrsektorielt samarbeid eller informasjonsutveksling underveis i prosjektperioden. Det kan virke som om Sør-Trøndelag fylkeskommune som organisasjon er i utakt med de forventninger som pålegges kommunene mht fokus på folkehelse og tverrsektorielt samarbeid.

### ***"Når enden er god ..."***

Til tross for kort prosjektperiode, svak forankring, uklarheter i oppdrag og sprik i forventninger har de fleste kommunene hatt stor nytte av sin deltakelse i prosjektet. Kommunerepresentantene opplever økt oppmerksomhet på folkehelse i egen kommune, og at det er blitt enklere å "nå igjennom". De har opplevd stor nytte av fellessamlinger, erfaringsoverføring og nettverk. Å få oppmerksomhet fra fylkeskommunen har også vært en positiv opplevelse og vurderes som veldig viktig. Tilbakemeldingene fra kommunene er at fylkeskommunen har en viktig rolle i regionalt folkehelsearbeid.

### ***"... er allting godt?"***

Det er nå opp til Sør-Trøndelag fylkeskommune å videreføre arbeidet med folkehelse i regional sammenheng. Kommunene etterspør kompetanse, rådgivning og tjenester. For å kunne møte kommunenes forventninger samt de lovpålagte ansvars som fylkeskommunen har kreves en større satsing på folkehelse enn det som er situasjonen i dag.

## 8 Referanser

Miljøverndepartementet (2011). *Kommunal planstrategi*. Veileder.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/83801c9c858d402ea2958e1930fc421a/t-1494.pdf>

Miljøverndepartementet (2012). *Kommuneplanprosessen*. Veileder.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/493007ab4f9349a295a34982f77173ec/t-1492.pdf>

STFK (2014). Sør-Trøndelag Fylkeskommune. *Regional folkehelseplan for Sør-Trøndelag (2014-1018)*.

<http://www.stfk.no/upload/A/2014/Folkehelse/Folkehelseplan%20sept%202014.pdf>

Tilset H.D., Gjøsund G., Heggem G. F., (2015). *Folkehelse – fra plan til praksis. En kunnskapsoppsummering knyttet til operasjonalisering av vedtatte folkehelseplaner*. Rapport. NTNU Samfunnsforskning, 2015.

# Vedlegg - Intervjuguider

## Intervjuguide - kommunene

Folkehelse - Fra plan til praksis

NTNU Samfunnsforskning

Mai 2015

---

### Innledning

- Om prosjektet
  - Prosjektet dette er en del av er STFK's prosjekt Folkehelse – fra plan til praksis, på oppdrag fra Helsedirektoratet.
  - Vi ved NTNU Samfunnsforskning gjennomfører følgeevaluering på dette prosjektet. Dette intervjuet kommer altså til å være med på å belyse hvordan kommunene har opplevd samarbeidet med STFK i dette prosjektet. (Og i mindre grad om arbeidet som er gjort i kommunene.)
- Frivillighet, anonymisering av skriftlig materiale.
- Lydopptak: sletting av opptaket etter prosjektets slutt, mulig å avbryte når som helst

### Kommunenes opplevelser

- Hvordan ble dere kontaktet/oppmerksomme på dette prosjektet?
- Hvorfor ble dere med på dette prosjektet?
- Hvilke forventninger hadde dere til prosjektet?
- Fortell om din forståelse av STFK's prosjekt Folkehelse – Fra plan til praksis:
  - Ved oppstart
  - Underveis
  - Nå
- Hvordan opplevde dere oppstarten av prosjektet?
- Hvordan har dere opplevd gjennomføringen av prosjektet?
  - Fellessamlingene
  - Møtene med STFK

- Annen kontakt/informasjon underveis
- Har dette prosjektet hatt innflytelse på arbeid i egen kommune?
  - Hva har dere hatt nytte av?
    - Håndboka?
    - Kontakt med STFK?
    - Kontakt med de andre kommunene?
  - Noe som har hatt negativ innflytelse?
- Forventninger
  - Hvilke forventninger hadde dere da prosjektet startet?
  - Er forventningene blitt innfridd?
  - Fikk dere noe mer/annet enn det dere opprinnelig hadde forventet?
- Lærdommer – I retrospekt
  - Hva har vært bra med måten STFK har jobbet på?
  - Hva kunne vært gjort annerledes?
- Hvilken rolle mener du fylkeskommunene bør ha ut mot kommunene?
  - Støtte?
  - Skape arenaer (til erfaringsoverføring)?
  - Være/bygge nettverk
  - Bindeledd opp mot direktorat og departement?
  - Annet?

### **Avslutning**

- Er det noe mer du vil si som vi ikke har vært innom?
- Som sagt – dette intervjuet vil være en del av materialet vi bruker for å skrive en rapport om lærdommer fra prosjektet.
- Gjenta: opptaket vil bli slettet ved prosjektets slutt, senest 1. juli.
- Ta kontakt hvis du kommer på noe etterpå.

Tusen takk!

# Intervjuguide - STFK

Folkehelse - Fra plan til praksis

NTNU Samfunnsforskning

Mai 2015

---

## Innledning

- Om prosjektet
- Frivillighet, anonymisering av skriftlig materiale.
- Lydopptak: sletting av opptaket etter prosjektets slutt, mulig å avbryte når som helst

## Til Folkehelsekoordinator:

- Fortell om prosessen fra søknad til prosjektleder startet
- Hvordan var prosjektleder sin rolle definert?

## Til Prosjektleder:

- Hvordan var folkehelsekoordinatorens rolle definert?
- Hvordan har samarbeidet vært?
- Har du hatt andre å støtte deg til i STFK?

## Til begge:

- Hva var din forståelse av oppdraget?
- Har den endret seg underveis?
- I hvor stor grad hadde dere mulighet til å forme prosjektet selv? Hvor mye var bevisst/tilfeldig?
- Fortell om din rolle i prosjektet (prosent av din stilling, noe i tillegg?)
- Hvordan opplevde du vår rolle inn i prosjektet?

## Selve prosjektet

- Hvordan rekrutterte dere kommunene om prosjektet?
- Hvorfor ble de med på dette prosjektet?
- Hvordan opplevde dere oppstarten av prosjektet?
- Kjente dere til kommunenes forventninger?
- Fortell om gjennomføringen av prosjektet
  - Fellessamlingene



- Møtene med STFK
  - Annen kontakt/informasjon underveis
  - Styrings/prosjekt-gruppa
  - Kontakten med Helsedirektoratet
- Hva mener STFK at prosjektet har betydd for kommunene?
    - Hva har de hatt nytte av?
      - Håndboka?
      - Kontakt med STFK?
      - Kontakt med de andre kommunene?
    - Noe som har hatt negativ innflytelse?
    - Har det betydd ulikt for de ulike kommunene?
- Forventninger
    - Hvilke forventninger hadde dere da prosjektet startet?
    - Er forventningene blitt innfridd?
    - Har dere oppnådd noe annet enn opprinnelig forventet?
- Lærdommer – I retrospekt
    - Hva har vært bra med måten STFK har jobbet på?
    - Hva kunne vært gjort annerledes?
- Hvilken rolle mener du fylkeskommunene bør ha ut mot kommunene?
    - Støtte?
    - Skape arenaer (til erfaringsoverføring)?
    - Være/bygge nettverk
    - Bindeledd opp mot direktorat og departement?
    - Annet?

### **Avslutning**

- Er det noe mer du vil si som vi ikke har vært innom?
- Som sagt – dette intervjuet vil være en del av materialet vi bruker for å skrive en rapport om lærdommer fra prosjektet.
- Gjenta: opptaket vil bli slettet ved prosjektets slutt, senest 1. juli.
- Ta kontakt hvis du kommer på noe etterpå.

Tusen takk

NTNU Samfunnsforskning  
Dragvoll Allé 38 B  
7491 Trondheim  
Norway