



Evaluering av folkehelseprogrammet i Telemark 2006–2009

GEIR MØLLER OG CHRISTINE HVITSAND

TF-rapport nr. 257

2009

TF-rapport

Tittel:	Evaluering av Folkehelseprogrammet i Telemark 2006–2009
TF-rapport nr:	257
Forfatter(e):	Geir Møller og Christine Hvitsand
År:	2009
Gradering:	Ingen
Antall sider:	123
ISBN:	978-82-7401-314-8
ISSN:	1501–9918
Pris:	230,-
	Kan lastes ned gratis som pdf fra telemarksforskning.no

Prosjekt:	Evaluering av Folkehelseprogrammet i Telemark 2006–2009
Prosjektnr.:	20090380
Prosjektleder:	Geir Møller
Oppdragsgiver(e):	Telemark Fylkeskommune

Resymé:

I denne rapporten har vi evaluert Folkehelseprogrammet i Telemark 2006–2009. Evalueringen viser at programmet har hatt en bred innfallsvinkel. Blant de ulike prosjektene, fremstår prosjektet Helsefremmende skoler som det mest vellykkede. Evalueringen viser for øvrig at organiseringen av programmet i form av et partnerskap, bare delvis har fungert som forventet. I rapporten peker vi samtidig på at partnerskapsmodellen kan være et egnet virkemiddel for å realisere større deler av programmet.

Telemarksforskning, Boks 4, 3833 Bø i Telemark. Org. nr. 948 639 238 MVA

Forord

Denne rapporten er utarbeidet på oppdrag fra Telemark fylkeskommune. Formålet med rapporten har vært å evaluere Folkeheleprogrammet i Telemark 2006-2009. Undersøkelsen tar både for seg virkningen av programmet og partnerskapsorganiseringen av programmet.

Rapporten er skrevet i løpet av høsten 2009 og er ført i hånden av Geir Møller og Christine Hvitsand. Vi vil her benytte anledningen til å takke alle som har bidratt til rapporten. Det gjelder alle informantene som har bidratt med sine innspill, og ikke minst sekretariatet som har tilrettelagt mye av dokumentasjonen fra programmet.

Bø, 12. oktober 2009

Geir Møller
Prosjektleder

Innhold

Sammendrag	11
1. Innledning	15
2. Folkehelseprogrammet i Telemark 2006–2009	19
2.1 Sentrale styringsdokumenter	19
2.2 Visjoner og målsettinger i Telemark	22
2.3 Finansiering	24
2.4 Organisering	25
2.5 Strategier, innsatsområder og målgrupper	26
2.6 Utviklingsprosess, læring og kontroll	29
2.7 Oppsummering	31
3. Programmets tiltak og aktiviteter	33
3.1 Sentrale prosjekter	33
3.2 Prosjekttilskudd fra Folkehelseprogrammet	35
3.2.1 Fordeling av tilskuddene	36
3.2.2 Tilskuddsbeløp	39
3.2.3 Avslag og avkorting av stønad	42
3.3 Oppsummering	44
4. Helsefremmende skoler	47
4.1 Metode og datainnsamling	47
4.2 Beskrivelse av ”Helsefremmende skoler”	48
4.2.1 Samarbeidspartnere	50
4.2.2 Kontakten med skolene	50
4.3 Styrking av skolehelsetjenesten	51
4.3.1 Kartlegging av helsesøsterressurs	52

4.3.2	Nettverk for skolehelsetjenesten og for helsesøstre	53
4.3.3	Den gode skolehelsetjenesten.....	53
4.3.4	Vurderinger av skolehelsetjenesten	54
4.4	Kosthold og ernæring	55
4.4.1	Vann som tørstedrikk.....	55
4.4.2	Fiskesprell	55
4.4.3	SFO-kurs.....	56
4.4.4	Kantinedrift.....	56
4.4.5	Vurderinger av kostholds- og ernæringsprosjektene	58
4.5	Fysisk aktivitet	59
4.5.1	Gøy og trygg på sykkel i Telemark	59
4.5.2	Gåbuss	61
4.5.3	Aktiv skole	61
4.5.4	Fysisk aktivitet i videregående skoler.....	63
4.5.5	Vurderinger av tiltak for fysisk aktivitet	63
4.6	Psykisk helse.....	64
4.7	Rus og tobakk	65
4.8	Oppsummering.....	65
5.	Vurderinger av tiltakene	69
5.1	Barnehagene	69
5.2	Skoleundersøkelsen	73
5.3	Kommuneledelsen	79
5.4	Oppsummering.....	83
6.	Programorganisering	85
6.1	Hva er, hvorfor og hvordan partnerskap?	85
6.2	Sekretariatet	89

6.3	Folkehelseforumet	91
6.3.1	Deltakelse i partnerskapet	92
6.3.2	Hva har de gjort i folkehelseforumet?	94
6.3.3	Er folkehelseprogrammet relevant og nyttig?	96
6.3.4	Ulike roller i partnerskapet.....	98
6.3.5	Gjensidighet og samhandling.....	99
6.3.6	Partnerne egne organisasjoner.....	101
6.4	Faggruppene.....	105
6.5	Kommunale partnere.....	108
6.5.1	Partnerskapsavtaler og koordinatorene	109
6.5.2	Prioriteringer og prosjekter	109
6.5.3	Arbeidsmåte og forankring.....	110
6.5.4	Vurderinger.....	112
6.6	Oppsummering.....	113
7.	Konklusjoner	117
	Referanser	125

Sammendrag

Folkehelseprogrammet i Telemark har som et overordnet mål å bedre folkehelsen. I denne evalueringen har vi undersøkt hvorvidt programmet har nådd sine målsettinger, og hvorvidt organiseringen av programmet i form av et partnerskap har vært hensiktsmessig.

Innledningsvis i rapporten har vi tatt for oss Folkehelseprogrammet og de årlige tiltaksplanene. Programmet favnet i utgangspunktet bredt, og selv om man underveis har endret noe på tiltaksområdene, dreier dette seg mest om en reorganisering av de samme temaområdene man startet ut med. Inntrykket er derfor at programmet og tiltaksplanene fremdeles ved utgangen av programperioden fremstår som noe fragmentert og sammensatt.

I kapittel tre har vi presentert en kort oversikt over programmer og tiltak som er iverksatt. Denne oversikten viser at det har vært et mangfold av aktiviteter som er igangsatt av eller har fått støtte fra Folkehelseprogrammet i programperioden. Noen er gjennomført, flere er i virksomhet og noen er i startgropen. Gjennomgangen viser også at programmet både består av noen større nasjonale prosjekter som er innlemmet i programmet, enkelte regionalt initierte prosjekter, og ikke minst mange små prosjekter som er initiert nedenfra av ulike lokale initiativtakere. På samme måte som tiltaksplanene, fremstår også selve prosjektgjennomføringen som noe fragmentert og sammensatt. Spørsmålet er om det er sammenheng mellom de større nasjonale eller regionalt initierte prosjektene på den ene siden og de mange små og lokalt initierte prosjektene på den andre.

I kapittel fire har vi sett nærmere på innholdet i programområdet Helsefremmende skole. Mesteparten av innsatsen i Helsefremmende skole har vært rettet mot kosthold og ernæring og fysisk aktivitet. Innenfor disse områdene har det vært stor aktivitet og mange aktive prosjekter. Områdene psykisk helse og rus/tobakk har derimot hatt mindre fokus. Den moderate satsningen innenfor rus og tobakk i Helsefremmende skoler ser heller ikke ut til å ha hatt veldig stor virkning. Det ser heller ut som at skolene her har benyttet seg av nasjonale kampanjer, uten at dette er innlemmet i Folkehelseprogrammet.

I kapittel fem har vi presentert resultatene fra en spørreundersøkelse til barnehager, skoler og ledelsen ute i kommunene. Formålet var å undersøke hvorvidt de opplevde virkningen av programmet. Gjennomgående svarer respondentene i tråd med forventningene. Innenfor de områdene hvor innsatsen har vært størst, finner vi også at de aktuelle institusjonene i stor grad deltar samtidig som respondentene gjennomgående er fornøyd med programmene.

Undersøkelsen rettet mot barnehagene tok spesielt for seg prosjektet Fiskesprell. Dette er et opplæringstilbud som tar for seg ernæring og bruk av sjømat. Tilbakemeldingene fra barnehagene er gjennomgående gode. Nesten samtlige svarte at kurset hadde vært ganske eller svært bra.

I undersøkelsen rettet mot rektorene i skolene, svarte 3 av 5 rektorer at de hadde ganske eller meget god kjennskap til Folkehelseprogrammet. På spørsmål om virkningen av programmet på skolen, var svarene positive, men også noe blandet. Omtrent halvparten av rektorene mente at programmet hadde hatt betydning for den fysiske aktiviteten og kostholdet til elevene.

Undersøkelsen rettet mot kommuneledelsen viste at 70 % kjente til Folkehelseprogrammet i noen eller stor grad. Det var imidlertid få som kjente til prosjektene Aktiv skole, Aktiv senior og Helse i plan. Vi fikk også noe blandede svar i forhold til spørsmålet om virkningen av Folkehelseprogrammet i kommunen. Omtrent 2/3 av lederne svarte at programmet hadde bidratt til å bedre folkehelsen i kommunen.

Partnerskapsorganiseringen av Folkehelseprogrammet bærer preg av å være en prosjektorganisasjon bestående av et sekretariat og prosjektledere, som i realiteten driver programmet. Folkehelseforumet, faggruppene og de kommunale folkehelsekoordinatorene har bare delvis levd opp til intensjonene. Dette kommer til uttrykk ved det varierende engasjementet i forumet, den varierende oppslutningen om faggruppene og ved at flere koordinatorene opplever manglende forankringen i sine respektive kommuner. Partnerskapet kan derfor bare delvis sies å ha fungert som et hensiktsmessig redskap i forhold til å nå målene med programmet. Men dette betyr ikke nødvendigvis at partnerskapsmodellen bør forkastes. Det er mange fordeler med et partnerskap og i rapporten spør vi derfor heller hvordan partnerskapet skal kunne revitaliseres.

I konklusjonskapittelet har vi forsøkt å peke på noen faktorer som kan bidra til å revitalisere partnerskapet. Vårt forslag tar utgangspunkt i at programmet fremstår

som noe fragmentert og sammensatt, noe flere i partnerskapet også peker på. Vi foreslår derfor å legge mer vekt på den vertikale samordningen mellom nasjonale eller regionalt initierte programmer, regionale agenter og lokale arenaer. Der programmet har lykket best, har disse tre komponentene også vært tilstede. Der man i mindre grad har lykket, mangler en eller flere komponenter. Dette betyr ikke at den horisontale samordningen mellom partnerne er uviktig, men at slik samordning mer må betraktes som et virkemiddel for å samordne ulike programområder som støter mot hverandre.

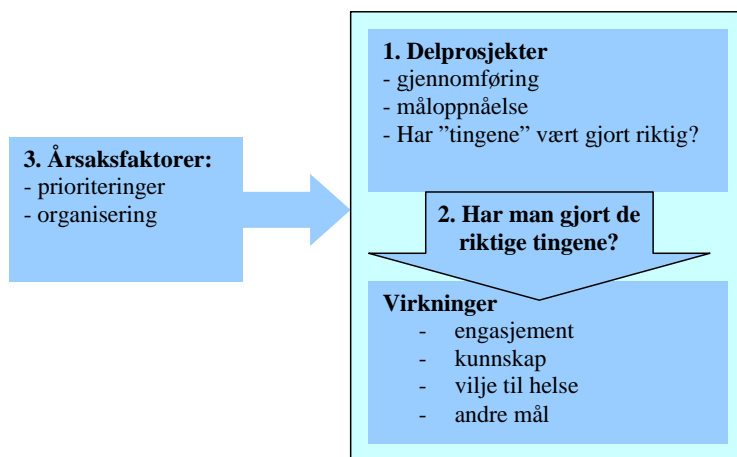
1. Innledning

Høsten 2005 vedtok Telemark fylkeskommune Folkehelseprogrammet for Telemark. Programmet har pågått fra inngangen av 2006 og frem til utgangen av 2009. Formålet med programmet er å bedre folkehelsen i fylket. Denne rapporten inneholder en evaluering av programmet.

I evalueringsprotokollen står det at evalueringen skal brukes til å finne ut i hvilken grad de har lyktes med gjennomføringen av Folkehelseprogrammet i henhold til formålet. I vår forståelse av mandatet, tok vi utgangspunkt i følgende punkter fra evalueringsprotokollen:

- I følge evalueringsprotokollen skal evalueringen undersøke effekter av ulike tiltak som er igangsatt av folkehelseprogrammet i Telemark.
- I protokollen stilles det videre spørsmål om det er skapt engasjement, kunnskap og vilje hos folk til å velge helsefremmende og slutte opp om forebyggende tiltak, i tråd med Folkehelseprogrammets årlige handlingsplaner.
- Det fremgår også at skolene og barnehagene har vært de arenaene der mesteparten av ressursene er lagt, fordi det er der flest i målgruppa treffes.
- Til slutt stilles det spørsmål om organiseringen av folkehelsearbeidet på fylkes- og kommunenivå.

På bakgrunn av disse fire punktene skisserte vi et evalueringsopplegg basert på følgende analysemodell:



På bakgrunn av modellen over, skisserte vi følgende hovedspørsmål for evalueringen:

- Har programmet gjort de riktige tingene (delprosjektene relevans for de overordnede mål)?
- Har tingene vært gjort riktig (gjennomføring og måloppnåelse i enkeltprosjekter)?
- Hvorfor har man oppnådd resultater, eventuelt hvorfor ikke (prioritering og organisering)?

Modellen viser også hvordan de ulike delanalysene henger sammen. Den første analysen går ut på å kartlegge/studere delprosjektene. Her er hovedspørsmålet om de enkelte prosjektene er gjennomført, og om delmålene er oppnådd (1). Dernest er vi opptatt av delprosjektene relevans i forhold til programmets overordnede målsettinger (2). Den tredje delen vil innbefatte en analyse av politikkutforming og organisering som grunnlag for å forstå hvorfor eller hvorfor ikke delmålene eller hovedmålet i programmet er oppnådd.

I den opprinnelige undersøkelsen ble det skissert et tredelt metodisk opplegg:

- Breddekartlegging av alle prosjekter
- Dybdeundersøkelse av utvalgte prosjekter
- Organisasjonsundersøkelse

Etter forhandlinger med oppdragsgiver, ble det opprinnelige evalueringsopplegget noe avkortet i omfang. I det reviderte evalueringstilbudet forsøkte vi å beholde det opprinnelige evalueringsopplegget og analysemodellen, men med avgrensninger i det metodiske opplegget. I samråd med oppdragsgiver ble det metodiske opplegget derfor basert på følgende tre punkter:

- Begrenset breddekartlegging som gjennomføres med grunnlag i foreliggende dokumenter
- Begrenset dybdeundersøkelse, omfang fra ett til to prosjekter
- Organisasjonsundersøkelse gjennomføres som opprinnelig planlagt, men med en mer avgrenset datainnsamling

Breddekartleggingen er gjennomført i form av dokumentstudier, en enkel, kvantitativ analyse av prosjekter med tilskudd fra programmet, og en spørreundersøkelse til barnehager, skoler og ledernivået i kommunene (rådmenn, etats- og enhetsledere). Den kvantitative undersøkelsen av tilskuddene fra programmet er presentert i kapittel 3 og spørreundersøkelsen i kapittel 5.

I dybdeundersøkelsen har vi tatt for oss det vi kan kalle programområdet ”Helsefremmende skoler”. Dette rommer flere delprosjekter som er gjennomført innenfor barnehager, barne-, ungdoms- og videregående skoler. Denne delen av undersøkelsen baserer seg på dybdeintervjuer med prosjektledere, ansatte ved barnehager og skoler samt andre involverte. I kapittel 4 gir vi en utdypende beskrivelse og analyse av programområdet Helsefremmende skoler. De prosjektene som inngår i programmet er videre berørt i spørreundersøkelsen til barnehagene og skolene (kapittel 5). Formålet med denne undersøkelsen er å få en noe bredere kartlegging av barnehagene og skolenes erfaringer med de enkelte prosjektene.

Organisasjonsundersøkelsen tar for seg partnerskapet i Folkehelseprogrammet. Hovedspørsmålet her er om og eventuelt hvordan partnerskapsmodellen har bidratt til å fremme de overordnede målene i programmet. I kapittel 6 har vi beskrevet de ulike delene av organisasjonen og aktørene i partnerskapet, samt deres erfaringer med programmet. Dette kapitlet baserer seg dels på intervjuer med personer i partnerskapet, samt på ulike dokumenter.

I tillegg til å studere partnerskapets betydning for realiseringen av programmet, har vi i kapittel 2 også sett nærmere på innretningene og prioriteringene som er gjort innenfor folkehelseprogrammet. I henhold til modellen over, betrakter vi både organisering og innretning/prioritering å være av betydning for utfallet av programmet.

I oppsummerings- og konklusjonskapitlet (kapittel 7) inneholder en kort oppsummering av resultatene. På bakgrunn av oppsummeringen diskuterer vi her også organiseringen og innretningen av programmet.

2. Folkehelseprogrammet i Telemark 2006–2009

Fylkestinget i Telemark vedtok i oktober 2005 Folkehelseprogram for Telemark. Programmet skulle vare fra 2006 og frem til og med 2009. I dette avsnittet har vi gitt en beskrivelse av bakgrunnen for dette programmet, og hvordan det ble utført i Telemark.

2.1 Sentrale styringsdokumenter

Det overordnede styringsdokumentet for folkehelseprogrammet er St. meld. 16 (2002–2003). Tittelen ”Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken” vitner om en overordnet politikk som har til hensikt å bedre folkehelsen i landet. Meldingen varsler om at regjeringen ønsker å satse på forebyggende helsearbeid med tanke på å redusere helsetjenestenes reparerende, rehabiliterende og pleiende virksomhet. Meldingen omtaler den forebyggende virksomheten som den ”store helsepolitikken”, hvilket omfatter alle de faktorene som skaper helseproblemer, eller som bidrar til å motvirke sykdom. Den overordnede strategien er med andre ord å forebygge mer, for dermed å reparere mindre.

Folkehelseprogrammet i Telemark må ses i lys av denne overordnede, forebyggende helsepolitikken, og indirekte også i lys av de utfordringer vi har sett innenfor helsevesenet generelt. Foruten at folkehelseprogrammet skal bidra til en friskere befolkning – noe som er mål i seg selv – er hensikten også at dette skal bidra til å avlaste kapasitetsutfordringene vi finner i dagens helsevesen.

I meldingen stilles det en diagnose for folkehelsen i landet. Her vises det til foruroligere utviklingstrekk mht. vår livsstil, både i forhold til dårlig kosthold og fysisk aktivitet. Et annet forhold som nevnes er sosiale ulikheter i helsesituasjonen, herunder i innvandrerbefolkningen. Meldingen har med andre ord to overordnede målsettinger:

1. Flere leveår med god helse i befolkningen som helhet
2. Å redusere helseforskjeller mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn

Stortingsmeldingen er også opptatt av implementeringen av folkehelsepolitikken. I følge meldingen er det et potensial for å effektivisere politikken bl.a. gjennom bedre kontinuitet, forankring og integrering i den ordinære samfunnsplanleggingen. Det heter også at:

”Folkehelsearbeidet må forsterkes i alle samfunnssektorer gjennom et aktivt partnerskap som plasserer ansvar, forpliktelser og stimulerer til handling”

Med andre ord gis det signaler om at folkehelse skal fremmes i alle samfunnssektorer og i form av partnerskap. I den sammenhengen kan det også være relevant å trekke inn begrepet ”den brede folkehelsepolitikken”, som henspiller på det at folkehelsearbeidet skal ”forsterkes i alle samfunnssektorer” til forskjell fra en ”smal folkehelsepolitikk”, som da innbefatter de konkrete tiltak rettet inn mot å bedre folkehelsen.¹ Sitatet over kan videre tolkes i retning av at man ser for seg partnerskapet som et virkemiddel eller brekkstang for å implementere folkehelse i de respektive partnernes sektorer.

Hvordan skal folkehelsearbeidet gjennomføres? I meldingen presenterer regjeringen fire strategier, hvorav de to første er viktigst i denne sammenhengen. Den første strategien dreier seg om å skape forutsetninger for å ta ansvar for egen helse, dvs. de faktorene som påvirker folks helse. Samtidig understrekes det at både individet selv og myndighetene har et ansvar, noe som innebærer at innsatsen både skal rettes mot enkeltindividets ansvar, og mot de faktorene i miljøet som påvirker. En del av samfunnets ansvar er i følge meldingen å gå gjennom relevant regelverk som kan ha betydning for barn og unges kostvaner. Det vi har kalt den brede folkehelsepolitikken kommer til uttrykk i meldingen i form av at det skal arbeides innenfor etablerte sektorer som skole, arbeidsliv, transport og idrettsområdet.

¹ Begrepene den brede og smale folkehelsepolitikken rommer dermed det samme meningsinnholdet som den brede og smale distriktspolitikken. Den brede distriktspolitikken innebærer å ta distriktspolitiske hensyn i sektorpolitikken, mens den smale innebærer de konkrete tiltak og virkemidler som har et direkte distriktspolitisk formål (NOU 2004:19). Begrepet bred folkehelsepolitikk rommer dermed et annet innhold enn det som i St. meld. 16 defineres som den ”store folkehelsepolitikken”.

Den andre strategien er å bygge opp allianser med ulike samfunnsaktører. I meldingen står det at folkehelsearbeidet skal ha en demokratisk og lokal forankring, bl.a. gjennom lokale partnerskap mellom ulike offentlige instanser og mellom offentlige og frivillige. Med andre ord kan alliansebyggingen ses på som et verktøy for å spre folkehelsepolitikken lokalt og bredt ut i de ulike sektorene. Regjeringen ønsker i den forbindelse å støtte opp under forpliktende regionale partnerskap.

Fylkeskommunen skal ha en sentral rolle i folkehelsearbeidet i kraft av sin rolle som regional utvikler. I den sammenheng forelås det også at fylkesplanen skal samordne statens, fylkeskommunens og hovedtrekkene i kommunenes virksomhet. Det heter videre at fylkesplanen kan videreutvikles som et operativt verktøy i regionalt folkehelsearbeid.

Det foreslås også å opprette stillinger med folkehelsekoordinatorer ute i fylkene. Denne skal fungere som ”lim” i det lokale folkehelsearbeidet. Følgende forventinger ligger til det lokale partnerskapet:

- ivareta lokale koordinatorfunksjoner
- organisering som ivaretar det tverrsektorielle
- politiske forpliktelser og forankring av virksomheten i kommunene
- at en utvider samarbeidet til også å omfatte andre viktige aktører

Også St.meld. nr 20 (2006–2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller”, danner grunnlaget for folkehelsearbeidet ute i fylkene. Her heter det at helse er ulikt fordelt mellom sosiale grupper i befolkningen, og at det er de sosiale betingelsene som påvirker helse og ikke omvendt. Videre står det i meldingen at rettferdig fordeling er god folkehelsepolitikk, og at folkehelsearbeidet ikke skal rettes mot å gi de som allerede har god helse, enda litt bedre helse. Målsettingen med meldingen er med andre ord større utjevning i folkehelsen mellom ulike sosiale grupper. Også i denne meldingen legges det opp til noen overordnede strategier. Den første er å trygge gode oppvekstkår for derigjennom å forebygge utviklingen av sosiale helseforskjeller. Den andre innebærer å påvirke pris- og tilgjengelighet til helsetjenestene. Den tredje strategien er å rette innsatsen mot sosial inkludering. I dette ligger det også en oppfatning om at sosial ekskludering fører til dårlig helse. Den fjerde strategien er igjen å utvikle kunnskap og sektorovergrepene verktøy, herunder nevnes helsekonsekvensutredninger, samfunns- og arealplanlegging.

Til slutt er det også nærliggende å se folkehelsesatsingen i lys av den pågående Samhandlingsreformen. I korte trekk dreier denne reformen seg om tre forhold: desentralisering av helsetjenester, bedre koordinering av primær- og spesialisthelsetjenesten og til slutt satsing på mer forebyggende arbeid i kommunene. I denne sammenhengen er det satsingen på forebyggende virksomhet som her har størst relevans for folkehelsearbeidet.

2.2 Visjoner og målsettinger i Telemark

I Folkehelseprogrammet for Telemark står det at visjonene med programmet er ”Det gode liv i Telemark for folk flest”. Videre skal programmet bidra til følgende overordnede målsettinger (noe omformulert), dvs. at programmet skal bidra til at telemarkingen:

- får kunnskap om og holdninger til hva som påvirker helsa for å bli i stand til å gjøre sunne valg for seg selv og samfunnet
- ut fra egne ressurser, yte- og mestringsevne, oppnår en best mulig helse både fysisk, psykisk og sosialt
- opplever trygghet, meningsfylt aktivitet og gode sosiale og kulturelle møteplasser i sitt nærmiljø
- har tilgang til et bredt spekter av utdanning, kulturgoder, allsidig og meningsfull sysselsetting

Det fremgår ikke i klartekst noen definisjon på det gode liv, men det skinner gjennom at det gode liv innbefatter et godt sosialt miljø, et godt fysisk miljø og individuell helse.

<p>Delmål: Individperspektivet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bevegelse: Fysisk aktivitet og bevegelse skal ha økt fokus, spesielt for barn, unge og eldre, herunder tilrettelegging for uorganisert aktivitet og friluftsliv. - Kosthold: Barnehager og skoler skal øke fokuset på gode kostvaner for å bedre lærings situasjonen og for å motvirke det økende problemet med livsstilsrelatert overvekt og helseplager. - Kultur for helse: Det skal tilrettelegges for deltakelse og aktiv medvirkning i et allsidig kulturtilbud med god tilgjengelighet for gammel og ung. - Kunnskap for helsefremmende valg: Lære hvordan bruke den kunnskap vi har for å velge det som bygger, framfor det som bryter ned helsen. <p>Delmål: Organisasjonsperspektivet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Helsefremmende skoler: Folkehelsesatsingen skal bidra til at alle skoler jobber for et helsefremmende miljø, samt at innsatsen styrkes når det gjelder helsearbeid for unge med økt fokus på skolehelsetjenesten og ungdomshelsestasjoner. - Kultur for helse: Kompetanse om sammenhenger mellom kultur og helse skal økes for at kulturtiltak som fremmer helse kan prioriteres og videreutvikles. - Møtesteder – Frivilligsentraler e.l. : I samarbeid med frivillig sektor skal alle kommuner tilby møteplasser for sosialt samvær og kreativ virksomhet/kulturaktiviteter. - Internasjonalt samarbeid: Telemark/ kommuner og andre aktører, bør samarbeide med regioner/ kommuner i Norden eller andre land for videre utvikling av folkehelsearbeidet. <p>Delmål: Samfunnsperspektivet</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fylkesdiagnose: Det utarbeides en Helsemelding for Telemark som gir økt og mer systematisk kunnskap om helsetilstand, levestil og livsstilvaner, samt andre forhold som påvirker telemarkingenenes helse og trivsel. - Infrastruktur: Kommunene/ regionene i Telemark skal øke innsatsen innen folkehelseområdet – en funksjonell infrastruktur med klar rolle og ansvarsfordeling - og at dette er formalisert ved forankring i overordnet planverk. - ”Det trygge Telemark”: Det regionale partnerskapet skal bidra til at alle kommunene blir kjent med og på sikt tar i bruk prinsippene om ”Safe community/Trygge lokalsamfunn”. Det arbeides for at hele fylket på sikt kan benevnes ”Det trygge Telemark”. - Samfunnsplanlegging: Hensyn til folkehelse skal komme tydelig fram i alt planarbeid og i offentlig saksbehandling i Telemark.
--

Figur 2.1 Delmål for Folkehelseprogrammet i Telemark

Det er videre utarbeidet tre sett av delmål knyttet til henholdsvis individperspektivet, organisasjonsperspektivet og samfunnsperspektivet. Figur 2.1 viser de tre settene av delmål. På individnivå er det formulert tre aktivitetsmål om: a) økt fysisk aktivitet, b) bedring av kosthold og c) deltakelse i kulturtilbud. Det kan her se ut som at målgruppene er barn og eldre. Det fjerde målet defineres som et kunnskapsmål, og dreier seg om at innbyggerne skal lære å ta i bruk kunnskap på en slik måte at man velger ”det som bygger, fremfor det som bryter ned helsen”.

På organisasjonsnivå er det også fire målsettinger. Et av målene er å få sentrale institusjoner som skoler til å jobbe for helsefremmende miljø. Et annet konkret mål er å opprette møteplasser for sosialt samvær og kreativ virksomhet i kommunene. Det tredje målet er mer generelt og dreier seg om å øke kompetansen om forholdet mellom kultur og helse, for derigjennom å fremme aktuelle kulturtiltak. Det fjerde

målet dreier seg om å fremme internasjonalt regionalt samarbeid med det formål å videreutvikle folkehelsearbeidet.

Det er også utformet fire målsettinger på samfunnsnivå. Samfunnsnivået må her forstås som målsettinger for samfunnet i Telemark som helhet. Dels innbefatter dette mål om å få frem kunnskap om folkehelsen i Telemark, om å få folkehelsearbeidet inn i planveket, og om å spre kunnskap til og øke aktiviteten i kommunene.

2.3 Finansiering

Folkehelseprogrammet er finansiert med midler fra to kilder. Den største er tilskudd fra Helsedirektoratet på 8,9 mill. kroner. Den andre kilden er fylkeskommunen som dels har bevilget fra det fylkeskommunale budsjettet og dels øremerket regionale utviklingsmidler. Fra det fylkeskommunale budsjettet er det totalt bevilget 3,75 mill kroner og fra regionale utviklingsmidler 3,1 mill kroner. I friske midler er det dermed totalt bevilget 15,7 mill kroner for årene 2006–2009. Ut over dette kan vi også inkludere 2,5 stillinger, der den ene er finansiert av Fylkesmannen. Vi kan også inkludere egenandeler som kommunene har bidratt i forbindelse med Folkehelseprogrammets tilskudd til koordinatorstillinger og stimuleringsmidler. Dette tilskuddet er på totalt 4,8 mill kroner og forutsetter minst en tilsvarende egenandel fra kommunene.

Tabell 2.1 Finansiering av folkehelseprogrammet 2006–2009.

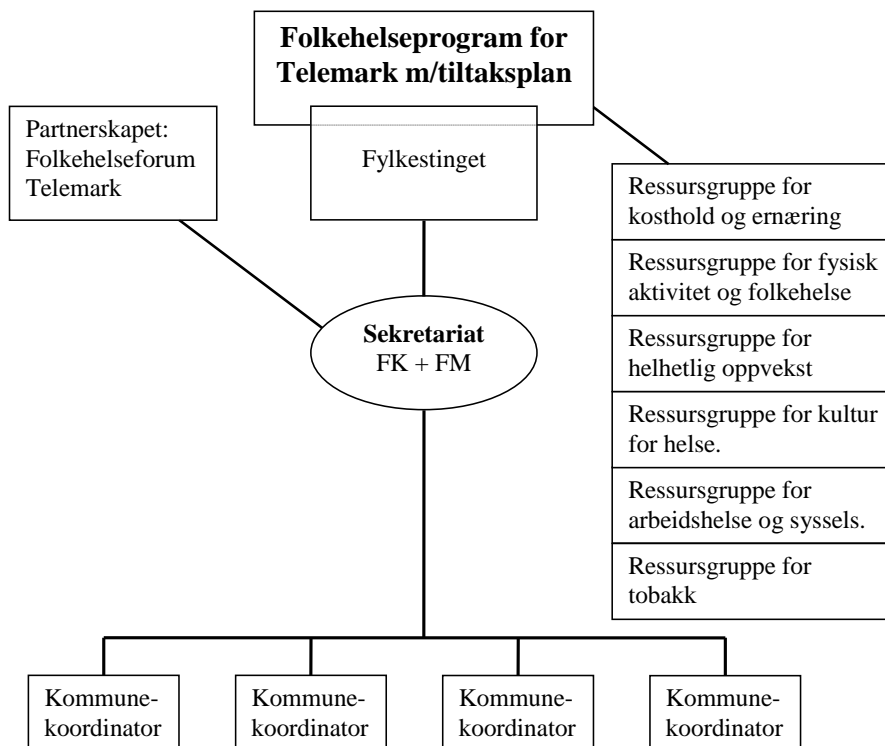
	Tilskudd fra Helsedirektoratet	Regionale utviklingsmidler	Fylkeskommunalt budsjett	Totalt
2006	1 540 000	500 000	750 000	2 790 000
2007	2 000 000	500 000	1 000 000	3 500 000
2008	2 200 000	500 000	1 000 000	3 700 000
2009	3 150 000	1 600 000	1 000 000	5 750 000
Totalt	8 890 000	3 100 000	3 750 000	15 740 000

2.4 Organisering

Fylkeskommunen har et hovedansvar for folkehelseprogrammet. Siden programmet formelt er vedtatt av fylkestinget i Telemark, er det fylkeskommunen som har gitt programmet et politisk mandat.

Programmet er ellers organisert med et eget sekretariat som består av 2,5 stillinger. Sekretariatet ledes av folkehelsekoordinatoren som er ansatt i fylkeskommunen. Den andre fulle stillingen innehas av folkehelserådgiveren hos Fylkesmannen. Den siste halve stillingen er en sekretærstilling som er avsatt til programmet fra fylkeskommunen. Sekretariatets oppgaver har bestått i å forberede møtene til Folkehelseforumet, drive enkelte faggrupper og ellers ha ansvar for den kontinuerlige driften av programmet.

Den andre sentrale organisasjonsenheten i programmet er folkehelseforumet. Dette er satt sammen av representanter fra ulike organisasjoner. Foruten representantene fra Fylkesmannen og fylkeskommunen (som sitter i sekretariatet), kan vi dele disse inn i fire grupper. Den ene gruppen er representanter fra statlige institusjoner som Helse Sør-Øst, Politiet og Høyskolen i Telemark. Den andre består av interesseorganisasjoner som FFO og SAFO, samt fylkets elev- og lærlingombud og Telemark fylkeskommunale eldreråd. En tredje gruppe er de vi kan kalle frivillige organisasjoner. Dette innbefatter Røde Kors og Telemark Idrettskrets. En fjerde gruppe består av en representant for KS og to kommunale folkehelsekoordinatorer. I tillegg til disse har også Telemarksforskning - Notodden vært en partner.



Figur 2.2 Organisering av Folkehelseprogrammet i Telemark 2006–2009

Den tredje, viktige aktøren som må tegnes inn i organisasjonskartet er folkehelsekoordinatorene på kommunalt nivå. Selv om disse stillingene kan betraktes som en del av selve programsatsingen, er det samtidig også en viktig del av organisasjonen. Folkehelsekoordinatorene i kommunene har som et hovedformål å implementere de ulike tiltakene i programmet lokalt. I alt har det vært koordinatorene i 12 av fylkets 18 kommuner med stillinger som varierer fra 20 til 100 %. Kommunene Nome, Bø og Sauherad har hatt én felles koordinator.

Den fjerde delen av organisasjonen er faggruppene. Formålet med disse har vært å komme med innspill til folkehelseforumet om aktiviteter og tiltak. I alt har det vært seks grupper som har vært i virke i programperioden. Disse har bestått av representanter fra folkehelseforumet og andre eksperter på de aktuelle områdene. Både disse gruppene og organisasjonen for øvrig er nærmere omtalt i kapittel 6.

2.5 Strategier, innsatsområder og målgrupper

Folkehelseprogrammet for Telemark tar utgangspunkt i de nasjonale føringene som er lagt til grunn i folkehelsemeldinga (St.meld. nr. 16, 2002–2003). I programmet

er det også formulert noen konkrete strategier. Disse bærer imidlertid preg av å være generelle og blir heller ikke utdypet i noen av dokumentene.² Vi har derfor heller valgt å utdype tiltaksområdene som uttrykk for strategiene i programmet.

Tiltaksområdene i Folkehelsearbeidet kan føres tilbake til prosjektplanen som ble utarbeidet i 2004. Her heter det at grunntanken med den sentralt styrte satsingen er å få på plass en varig struktur i arbeidet. Dette kan tolkes i retning av at satsingsområdene skulle peke ut retningen for hva folkehelsearbeidet skulle inneholde. Her nevnes fem temaområder: 1) infrastruktur for folkehelsearbeidet, 2) folkehelsehensyn i samfunnsplanleggingen, 3) helsefremmende skoler, 4) bevegelse – aktivitet, og 5) kosthold. Temaet infrastruktur dreier seg om å fremskaffe kunnskap om helsesituasjonen, avklare partners rolle og organisering av folkehelsearbeidet.

Det neste aktuelle dokumentet er selve Folkehelseprogrammet som ble vedtatt høsten 2005. I tiltaksplanen som er et vedlegg til programmet, inngår 11 satsingsområder. Dette innbefatter 1) diagnose, 2) infrastruktur, 3) samfunnsplanlegging, 4) helsefremmende skoler, 5) bevegelse/fysisk aktivitet, 6) kosthold og ernæring, 7) internasjonalt arbeid, 8) kultur for helse, 9) kunnskap for helsefremmende valg, 10) kommunikasjon, 11) kompetanse, samt et område med andre innsatsområder. Disse innbefattede temaer som eldresikkerhet, psykisk helse, ungdomsledighet, rus og kriminalitet. Tiltaksplanen inneholder med andre ord et stort spenn av temaer som programmet skulle omfatte. Det er rimelig å anta at den store spennvidden i temaområdene hadde sammenheng med et ønske om å konkretisere mulighetsrommet i starten av programmet. Enkelte informanter har også pekt på at den store bredden dels hadde sammenheng med at man ønsket å ivareta mange partners interesser, og dels at ambisjonsnivået var høyt i oppstartsfasen. I den sammenheng er det også relevant å nevne at det i forbindelse med utformingen av programmet, ble satt ned en rekke arbeidsgrupper med bred representasjon fra ulike institusjoner, organisasjoner og interessegrupper. Hensikten med gruppene var at de skulle fordype seg i

² De offisielle strategiene er: 1) Utvikle kunnskap og kompetanse, 2) å medvirke til økt innsikt, 3) fokusere på borgerperspektivet, 4) videreutvikle partnerskap og samarbeid, 5) ha aktiv dialog, 6) skape begeistring, 7) bruke media.

hvert sitt tema og bidra på hver sin måte med innspill til arbeidsgruppen som utformet Folkehelseprogrammet.³

Vi finner igjen de samme tiltaksområdene i tiltaksplanen for 2007. I et vedlegg til tiltaksplanen finner vi også at det er følgende tre områder som skulle prioriteres: styrke kommunens folkehelsearbeid, fokus på barn og unge, samt stimulere til samarbeid mellom flere sektorer.

I tiltaksplanen for 2008 er satsingsområdene snevret inn til fem områder. Dette gjelder kommunalt folkehelsearbeid, helsefremmende skoler, seniortiltak/kultur og helsetiltak, mobilisering og forankring, samt en siste gruppe som rammet om ulike tema. Det kan her se ut som at flere av områdene fra tiltaksplanen i 2007, nå inngår i det ene satsingsområdet helsefremmende skoler. Dette området rommer nå både ernæring, psykisk helse, fysisk aktivitet og rus/tobakk. Implisitt innebærer dette også at disse temaene knyttes til den ene prioriterte gruppen i programmet, nemlig ungdom. På den andre siden ser vi at tiltaket kultur og helse bevarer sin status som eget satsingsområde, men knyttes til den andre målgruppen som er eldre. I tiltaksplanen for 2007 ser vi at dette området faktisk var knyttet opp mot både barnehage, skoler og institusjoner. Videre kan det også se ut som at infrastruktur-satsingen fra 2007, nå i hovedsak relateres til prosessen med å inngå partnerskapsavtaler med kommunene. Temaområdene som handlet om kompetanse og kommunikasjon fra 2007, ser ut til å falle ut i tiltaksplanen for 2008. Eventuelt kan vi betrakte satsingsområdet mobilisering og forankring som en videreføring av disse temaene. I planen for 2008 innbefatter dette bl.a. opplæring av politikere. Vi ser med andre ord at tiltaksplanen for 2008 inneholder færre og mer overordnede tema. Dette innebærer ikke nødvendigvis en innsnevring av temaområdene totalt sett, men kanskje heller mer en fordeling av dem på de to målgruppene unge og eldre.

I tiltaksplanen for 2009 finner vi 9 temaområder som omtales som hovedsatsingsområder. Dette omfatter 1) fysisk aktivitet, 2) kosthold/ernæring, 3) kultur for helse, 4) kunnskap for helsefremmende valg og 5) psykisk helse. Videre inngår også

³ De aktuelle gruppene skulle behandle hvert sitt tema. De ulike temaene var: 1) verdigrunnlag, strategi og perspektiver, 2) kommunikasjon, 3) diagnose, 4) infrastruktur, 5) folkehelseilsyn i samfunnsplanleggingen, 6) helsefremmende skoler, 7) bevegelse – fysisk aktivitet, 8) kosthold, 9) internasjonalt arbeid, og 10) kultur for helse.

fire sektorovergrepene satsingsområder: 6) infrastrukturtiltak, 7) arbeidshelse og sysselsetting, 8) ”Det trygge Telemark” og 9) rus/kriminalitet. Her blir de ulike tiltakene videre sortert under ulike målformuleringer. Dette innbefatter mål i forhold til det kommunale folkehelsearbeidet, mål i forhold til partnerskapet, mål knyttet til programområdet ”Helsefremmende skoler”, mål knyttet til eldresatsingen, samt mål i forhold til formidling. Med andre ord finner vi igjen mye av de samme temaene og målene som tidligere, men med noe ulik språkdrakt og utforming.

2.6 Utviklingsprosess, læring og kontroll

Et gjennomgående inntrykk er at de ulike tiltaksplanene har rommet et mangfold av temaer med til dels skiftende navn og innhold. Det er likevel noen gjennomgående temaer fra programmet og frem til tiltaksplanen i 2009. Dette gjelder for eksempel kosthold og fysisk aktivitet. Det kan her se ut som at strategien delvis er resultat av de føringer som ligger i St. meld. 16 (2002–2003), dels et resultat av den prosessen med å utforme programmet – noe som innbefatter mange ulike deltakere – og dels et resultat av erfaringer man har høstet underveis. Resultatet – slik det fremstår i tiltaksplanen for 2009 – kan dermed forstås på tre måter. For det første kan det forstås som en regional konkretisering av de føringene som ligger i regjeringens dokumenter. Disse føringene ser ut til å ha dannet en overordnet ramme for temaområdene helt fra starten og frem til tiltaksplanen i 2009. For det andre kan resultatet forstås som en politisk prosess, der tiltaksplanene er et produkt av at ulike interesser har øvet innflytelse på innholdet i tiltaksplanene. Dette kan først og fremst forklare den brede tilnærmingen i starten av programperioden. For det tredje kan tiltaksplanen forstås som en læringsprosess, der temaområdene utkrystalliseres etter hvert som man får erfaring med utformingen av dem og implementeringen i konkrete prosjekter. Noe forenklet kan vi si at de områdene som viste seg å ha ”livets rett” også er de som får mest plass i den siste tiltaksplanen for 2009. Alle de tre forklaringsrammene kan med andre ord være med på å forklare hvorfor tiltaksplanen ble som den ble i 2009 og samtidig endringene fra de første planene til de siste.

Det som kan se ut som en noe kaotisk strategi – i det minste sett ut fra formuleringen av tiltaksområdene – er ikke nødvendigvis en dårlig strategi. I følge Mintzberg mfl. (1998) vil de fleste strategier i praksis falle mellom det de kaller den in-

tenderte og den fremvoksende strategien. Med andre ord betyr det at strategier i de fleste tilfeller både har spor av det som var intendert, og av de som kommer til underveis. En fremvoksende strategi er et resultat av ulike handlinger som tas skritt for skritt, og som over tid danner et slags enhetlig mønster. Noe av forklaringen på at strategier i de fleste tilfeller faller mellom disse ytterpunktene er at man i strategiprosessen må ivareta hensynet til kontroll og hensynet til læring. Dersom man ikke tar med seg de innledende mål og intensjoner, har man ingen kontroll, og dersom man ikke åpner for endringer underveis, har man ingen læring. Spørsmålet blir dermed i hvilken grad man i utformingen av strategiene har klart å ivareta disse to hensynene.

Det er flere av informantene våre som peker på at den brede prosessen i utformingen av Folkehelseprogrammet i Telemark – herunder også en politisk prosess – bidro til at programmet fikk en forholdsvis bred profil. Det kan her se ut som at læringsprosessen har dreid seg om å fange opp ulike partners lansering av gode ideer og tiltaksområder. En gjennomgang av møtereferatene fra Folkehelseforumet gir også inntrykk av at mye av møtevirksomheten har dreid seg om at de ulike partnerne her orienterer om sitt ståsted og prosjekter som sorterer under deres interessefelt. Samtidig finner vi også spor av andre former for læring. For det første kan det se ut som at det foregår en del læring innenfor de ulike, konkrete prosjektene. I det minste kan vi få inntrykk av dette fra presentasjonene som er gjengitt i møtereferatene. Folkehelseforumet har også invitert eksterne foredragsholdere og avholdt studiereiser. På et par av møtene i Folkehelseforumet inviterte også sekretariatet partnerne til å reflektere over sine roller i partnerskapet. En av informantene viser også til at spissingen av programmet i 2008 og 2009 i først rekke dreide seg om å sortere de mange temaene under større overskrifter, noe som kan betraktes som en læringsprosess i den forstand at man erfarer hvilke områder som bør samordnes under samme overskrifter. Til tross for dette, er inntrykket likevel av at det i liten grad har vært noen overordnede diskusjoner om innretningen av programmet og de ulike temaområdene i tiltaksplanene. I et av referatene (med overskriften møteevaluering), stilles det også spørsmål om møtene i Folkehelseforumet bærer for mye preg av orientering, og for lite dialog mellom partene. For å oppsummere kan vi si at det i orienteringssakene ofte stilles spørsmål ved om man gjør tingene riktig (dvs. om hvordan de konkrete prosjektene gjennomføres), men det stilles i mindre grad

spørsmål om man gjør de riktige tingene. I et læringsperspektiv vil begge deler være viktig.

Hva så med hensynet til kontroll? I hvilken grad har man klart å holde seg innenfor rammene av de overordnede mål og intensjoner med programmet? Det er ingenting i vårt materiale som tyder på at programmet har sklidd ut eller fått et annet fokus enn det som var intensjonen. Tvert imot synes to av kjerneområdene – kosthold og fysisk aktivitet – å ha hatt solid fotfeste gjennom hele programperioden. Samtidig synes heller ikke dette å ha vært noen spesiell utfordring, siden intensjonen i utgangspunktet var å satse bredt. Spørsmålet er da heller om kombinasjonen av å starte bredt i starten, sammen med fravære av en mer overordnede læringsprosesser underveis, kan ha bidratt til at strategien og tiltaksplanene fremstår som noe fragmentert.

2.7 Oppsummering

I dette kapitlet har vi kort presentert både de nasjonale og regionale mål og strategiene som ligger til grunn for folkehelseprogrammet i Telemark. Videre har vi også kort presentert hvordan programmet er finansiert, og måten det er organisert på. Programorganiseringen kommer vi nærmere inn på i kapittel 6. Til slutt i kapitlet har vi forsøkt oss på en tentativ analyse av folkehelseprogrammet og de tilhørende tiltaksplanene. I utgangspunktet startet Folkehelseprogrammet med en forholdsvis bred tiltaksprofil, noe som sannsynligvis har bakgrunn i at man i starten hadde en bred planleggingsprosess som involverte mange aktører. Etter hvert har man imidlertid forsøkt å gjøre programmet mer oversiktlig, ved å organisere de mange tiltaksområdene inn under større programområder. Dette ser imidlertid ikke ut til å ha resultert i noen vesentlig reel innsnevring av programmet. I den grad vi kan si at programmet har blitt snevret inn, dreier det seg mer om å sortere de ulike programområdene på henholdsvis målgruppen av eldre og målgruppen av yngre.

I de fleste tilfeller vil en programstrategi i praksis ofte falle mellom det vi kan kalle en intendert og en fremvoksende strategi. Noe av forklaringen på dette er at man i strategiprosesser må ivareta hensynet til både kontroll og læring. Dersom man ikke har med seg de innledende mål og intensjoner, vil man ha lite kontroll, men dersom man ikke åpner for endringer underveis, får man heller ingen læring. Det betyr at enhver strategiprosess vil måtte balansere mellom hensynet til læring og hensynet

til kontroll. Erfaringene fra folkehelsearbeidet i Telemark viser at man har holdt fast ved mye av de tiltaksområdene man innledet med i programperioden (dvs. kontroll), samtidig med at det i liten grad er stilt mer grunnleggende spørsmål ved programgjennomføringen underveis (dvs. læring). I kapitlet stiller vi derfor spørsmål ved om kombinasjonen av den brede satsingen i starten av programmet, sammen med fraværet av en mer overordnet læringsprosess underveis, kan ha bidratt til at strategien og tiltaksplanen fremdeles ved utgangen av programperioden fremstår som noe fragmentert.

3. Programmets tiltak og aktiviteter

I denne delen har vi sett nærmere på hva som er gjennomført av ulike aktiviteter og tiltak i regi av Folkehelseprogrammet. I første del har vi gitt en kort beskrivelse av noen av de sentrale prosjektene som er gjennomført i regi av, eller med bidrag fra, Folkehelseprogrammet. Dette er planlagte prosjekter initiert av programmet, og med et viss omfang eller ambisjonsnivå. Formålet med beskrivelsen er å gi et innblikk i programmets aktiviteter og tiltak, og det er ikke nødvendigvis en fullstendig beskrivelse av all virksomhet. I andre del har vi i tillegg beskrevet virksomheten i programmet ved å sammenstille noen enkle data om alle prosjekter med støtte fra programmet. Mye av dette vil falle inn under de nevnte hovedprosjekter, samtidig som vi også her vil kunne finne aktiviteter som faller utenfor. Formålet er primært å gi en beskrivelse av den samlede aktiviteten i programmet. I tredje del har vi med utgangspunkt i ulike informanter gitt en vurdering av tiltakene og måten disse er gjennomført på. Her baserer vi oss dels på involverte informanter i sekretariatet, partnerskapet og kommunene (koordinatorer) og dels på andre informanter, herunder rektorer, etats-/enhetsledere og rådmenn.

3.1 Sentrale prosjekter

I denne delen har vi gitt en kort presentasjon av noen sentrale prosjekter innenfor Folkehelseprogrammet. Formålet er å gi et bilde på hvilke aktiviteter som rører seg inn under programmet. Vi har her valgt å ta utgangspunkt i de prosjektene som Folkehelseprogrammet selv profilerer på sin hjemmeside.

Aktiv skole – Telemark

Prosjektet Aktiv skole har som mål å øke aktivitetsnivået hos elever i ungdomsskolen. Prosjektet baserer seg i korthet på å kurse elever til å bli aktivitetsledere. Videre skal disse elevene igjen fungere som aktivitetsledere for andre elever på skolene. Bakgrunnen for prosjektet er et større EU-prosjekt som startet opp i 2004. I dag er

Aktiv skole er et prosjekt som gjennomføres over hele landet, og som i Telemark er innlemmet og finansiert av Folkehelseprogrammet. Det er Telemark Idrettskrets som har ansvaret for å gjennomføre prosjektet. I folkehelseprogrammet inngår Aktiv skole i det vi har kalt programområdet Helsefremmende skoler som er nærmere omtalt i kapittel 4.

Aktiv senior i Telemark

Formålet med ”Aktiv senior i Telemark” er å fremme fysisk aktivitet blant eldre. Det konkrete målet er å få flest mulig eldre til å være fysisk aktive i minst 30 minutter per dag. Målgruppen er eldre over 60 år, herunder de som bor på institusjon, har behov for hjemmehjelp, eller som har behov for opptrening etter sykehusopphold. Prosjektbeskrivelsen inneholder tiltak som bl.a. har til formål å spre informasjon til eldre, kurs for ledere/instruktører, kartlegging av eksisterende tilbud og tilbud om konkrete aktivitetstiltak. Så langt synes det som at aktivitetene i tiltaket har dreid seg om å bygge opp kompetanse på området (i form av kurs og konferanser) og spre informasjon til målgruppen. Omfanget av tiltak og aktiviteter tilsier at dette mer er å betrakte som et programområde enn et enkeltstående prosjekt. Prosjektansvarlig er fylkesmannens representant i folkehelseforumet. I tillegg er det også opprettet en 20 prosents stilling som prosjektleder. Videre er det etablert en arbeidsgruppe i tilknytning til programområdet. Denne gruppen består av representanter fra Telemark Idrettskrets, Telemark Turistforening, FFO, HiT, Eldrerådet, frivillighetskoordinatoren i Skien samt prosjektansvarlig og prosjektleder. Dette er et prosjekt som er initiert av Folkehelseprogrammet, men med utspring i en nasjonal strategi for aktiv omsorg blant eldre (St.meld. nr. 25, 2005–2006).

En sti for alle ... der man bor

Formålet med dette prosjektet er å bedre mulighetene for turgåing i nærmiljøene. Mer konkret dreier prosjektet seg om å tilrettelegge flere turveier for allmennheten. Målet er å få til minst en definert sti/turvei i hver kommune i Telemark. Bakgrunnen for prosjektet er i følge prosjektbeskrivelsen at mange ønsker å gå mer, men at forholdene ikke er tilrettelagt for dette. Videre vises det til at stier og turveier har vanskelig framkommelighet for barnevogner, rullestoler og personer med nedsatt forflytningsevne. Dette er et tiltak som er initiert av Folkehelseprogrammet. Prosjektledelsen er lagt til fylkesmannens representant i folkehelseforumet.

Skien kommune - en by i aktivitet

Formålet med dette prosjektet er å øke den daglige, fysiske aktiviteten for alle barn og unge i Skien. Målet er at skoler og barnehager skal sette av én time til fysisk aktivitet for alle barn og unge hver dag. Tiltakene innebærer bl.a. kartlegging av skolens uteområder og nærmiljøanlegg, informasjonstiltak, nettverksarbeid mellom ulike aktører i kommunen, kursing av ansatte i skolen, opplæring av elever som idrettsledere, samt konkrete aktivitetstiltak i skolene. I kommunen er det ansatt en egen prosjektleder tilknyttet tiltaket. Folkehelseprogrammet har støttet prosjektet med økonomiske tilskudd, men prosjektet har sin opprinnelse fra kommunens Kommunedelplan for idrett og fysisk aktivitet 2006–2010.

Helse i plan

Formålet med prosjektet Helse i plan er å forankre og planfeste folkehelseiltak i kommunenes ordinære plan- og styringsdokumenter, i tillegg til å bygge opp plan- og prosesskompetanse innen helsesektoren. Prosjektet har bakgrunn i at Helsedirektoratet inviterte Telemark til å delta i det nasjonale "Helse i plan" prosjektet. Med andre ord er dette også et nasjonalt prosjekt som på nasjonalt nivå består av et samarbeid mellom Miljøverndepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet. Dette prosjektet ble forholdsvis sent innlemmet i Folkehelseprogrammet, og det har derfor ikke vært stor aktivitet rundt prosjektet.

3.2 Prosjekttilskudd fra Folkehelseprogrammet

I denne delen har vi sett nærmere på hvem som har fått prosjektstøtte. Datagrunnlaget her baserer seg på lister over prosjekter som har fått støtte i programperioden frem til evalueringstidspunktet (2006–2009). I perioden har vi registrert 221 prosjekter som har fått støtte fra programmet. Dette inkluderer ikke støtte til koordinatorstillinger i kommunene eller aktivitetstilskuddet som disse har fått. For perioden 2007 til 2009 har vi også informasjon om søkere som har fått avslag. Av totalt 279 prosjektsøknader, er det omtrent 1/5 som har fått avslag. Med andre ord har relativt mange av søkerne fått støtte fra programmet, noe som igjen kan tyde på at programmet har hatt en lav terskel for å tildele støtte.

3.2.1 Fordeling av tilskuddene

En gjennomgang av prosjektstøtten, viser at programmet har delt ut relativt små midler til mange aktører. I alt er det delt ut støtte til 142 prosjekter, hvorav i underkant av 100 er unike støttemottakere (97).⁴ De som har mottatt flest tilskudd er gjengitt i tabellen under.

Tabell 3.1 Organisasjoner og kommuner som har fått tilskudd til flest prosjekter.

	Antall prosjekter		Antall prosjekter
Bamble kommune	7	Kirkens Sosialtjeneste, Tilja	4
Porsgrunn kommune	6	Porsgrunn vgs.	4
Telemark Idrettskrets	6	Rjukan ungdomsskole	4
Telemark Fotballkrets	5	Seljord kommune	4
Grasmyr ungdomsskole	4	Skien kommune	4
HiT	4	Telemark Turistforening	4

Tabell 3.1 viser at kommunene i Grenland har mottatt støtte til relativt mange prosjekter (Porsgrunn, Bamble og Skien). En annen gruppe som også har mottatt støtte til mange prosjekter, er de frivillige organisasjonene. Det gjelder både Telemark Idrettskrets, Telemark Fotballkrets, Kirkens Sosialtjeneste og Telemark Turistforening. En tredje gruppe er ungdoms- og videregående skoler. De som har fått støtte til flest prosjekter er Grasmyr ungdomsskole, Rjukan ungdomsskole og Porsgrunn videregående. Nedenfor har vi gitt en kort presentasjon av prosjektene til noen av støttemottakerne fra listen over.

⁴ Dersom ulike enheter i en kommune har fått støtte, regnes disse som en aktør. Dette gjelder imidlertid ikke skoler som betraktes som en selvstendig aktør.

Tabell 3.2 Prosjekttilskudd til Porsgrunn kommune fra Folkehelseprogrammet

PROSJEKT – Porsgrunn kommune	BELØP
Stimerking fra Brevik til Skjelsvik, opplevelsessteder/rasteplasser	50 000
Uteområdet ved Borge skole og Liane barnehage	50 000
"Kyststi for alle" - universell utforming av kyststi og opplevelsessted/møteplasser. Videreføring av prosjektet	30 000
"Aktiv lek og friluftsliv for alle" - universell utforming av uteområder, turveier og opplevelsessted. Videreføring av prosjekt	30 000
Oppstartskonferanse Kultur og eldre: "Leve til vi dør". Målgruppe eldre.	5 000
Smart trafikant i samarbeid med Herøya Industripark. Ønsker å redusere bruk av personbil til jobb og tjenestereiser, vil få flere til å gå, sykle eller ta buss. For de ansatte!	75 000

Vi ser at prosjektene i Porsgrunn kommune i stor grad har dreid seg om tiltak for fysisk aktivitet. Fire av tilskuddene dreier seg om fysisk tilrettelegging, og omfatter to prosjekt som begge ivaretar universell utforming. Ett av tilskuddene har gått til en konferanse, og ett dreier seg om å redusere privatbilisme.

Tabell 3.3 Prosjekttilskudd til Grasmyr ungdomsskole fra Folkehelseprogrammet

PROSJEKT – Grasmyr ungdomsskole	BELØP
Fysisk aktivitet og måltider i skolen	15 000
Aktiviteter i midttid, lys til ballbinge + frukt	20 000
"Minijungel" i forbindelse med skolens uteområde - tau, nett, kroker etc.	10 000
Vannkjøler	2 500

Grasmyr ungdomsskole har fått støtte til fire tiltak. Dette er prosjekter som går igjen innenfor prosjektet "Helsefremmende skoler". Tiltaket "Fysisk aktivitet og måltider i skolen", er et tilskudd som ble gitt til flere skoler det første programåret. Ellers ser vi at de to neste prosjektene på listen dreier seg om tilrettelegging for fysisk aktivitet i skoleområdet. Det siste prosjektet er støtte til vannkjøler, et tiltak som har til formål å øke konsumet av vann (på bekostning av annen sukkerholdig drikke), noe flere skoler har fått støtte til.

Tabell 3.4 Prosjekttilskudd til Kirkens Sosialtjenesten fra Folkehelseprogrammet

PROSJEKT – Kirkens sosialtjeneste	BELØP
Aktiviteter og arbeidstreningstiltak - ettervern/sosial ulikhet	25 000
ETTERVERN. Aktiviteter som hindrer tilbakefall til rus og kriminalitet; kunst, kosthold, fysisk aktivitet, arbeid/sysselsetting, musikkprosjekt m.m	15 000
Fokus på forebyggende tiltak som for eksempel trening. Ønsker tilskudd til bl.a. innkjøp av treningsapparat, sykler m.m.	25 000
Aktivitetstilskudd	20 000

Kirkens Sosialtjeneste har fått støtte til tiltak av mer sosial art. Minst to av tiltakene omtales som ettervern. I følge Kirkens Sosialtjenestes nettside er oppfølgings- og rehabiliteringsarbeid etter soning og rusbehandling en sentral del av virksomheten, og det er rimelig at de aktuelle tiltakene har gått til dette formålet. Fysisk aktivitet i forbindelse med sosialt arbeid ser ut til å være gjennomgangstonen i prosjektene til Kirkens Sosialtjeneste.

Tabell 3.5 Prosjekttilskudd til Telemark Turistforening fra Folkehelseprogrammet

PROSJEKT – Telemark Turistforening	BELØP
OPPTUR (Invitere alle 8. klassingene i Telemark med på en aktivitetstetsdag for at ungdommen skal få oppleve gleden ved friluftsliv)	50 000
Gaustadagene 2009	5 000
Tilrettelegge/motivere grunnskolen/vgs. til å benytte fjellet. Utarbeide undervisningsopplegg/kurs for lærere. Tilrettelegge hytte(r) til bruk for skoleklasser.	100 000
BaseCamp Telemark 2009; Gjøre ungdom kjent med fjellsport/friluftsliv. Gjennom BC får deltakerne testet ut mange fjellsportsakt. Håndv./Kultur er også tenkt som akt.	15 000

Telemark Turistforening har fått støtte til fire prosjekter som spenner fra en konferansestøtte på fem tusen kroner, til et større undervisningsopplegg for lærere på 100 000 kroner. Ellers ser vi at Telemark Turistforening har fått støtte til prosjekter som retter seg mot ungdom og aktiviteter i naturen.

Vi kan også kort nevne noen av de andre som er nevnt på listen over institusjoner med støtte til flere prosjekter fra Folkehelseprogrammet. Prosjektstøtten til Telemark Idrettskrets dreier seg i all hovedsak om støtte til prosjektet Aktiv skole, for

alle årene fra 2006 til 2009. Beløpene varierer fra 15 000 og opp til 100 000 kroner. Støtten til Telemark Fotballkrets har i all hovedsak gått til MOT-prosjektet. Dette er et prosjekt som har til formål å fremme jentefotball i aldersgruppen 11–13 år. Høyskolen i Telemark har fått støtte til tre typer prosjekter. Det ene er Skiuka, som har fått støtte både i 2007, 2008 og 2009. Det andre er Porsgrunnskonferansen, som er en konferanse om forskning og fagutvikling for mennesker med psykiske lidelser. Konferansen fikk støtte både i 2006 og 2008.

3.2.2 Tilskuddsbeløp

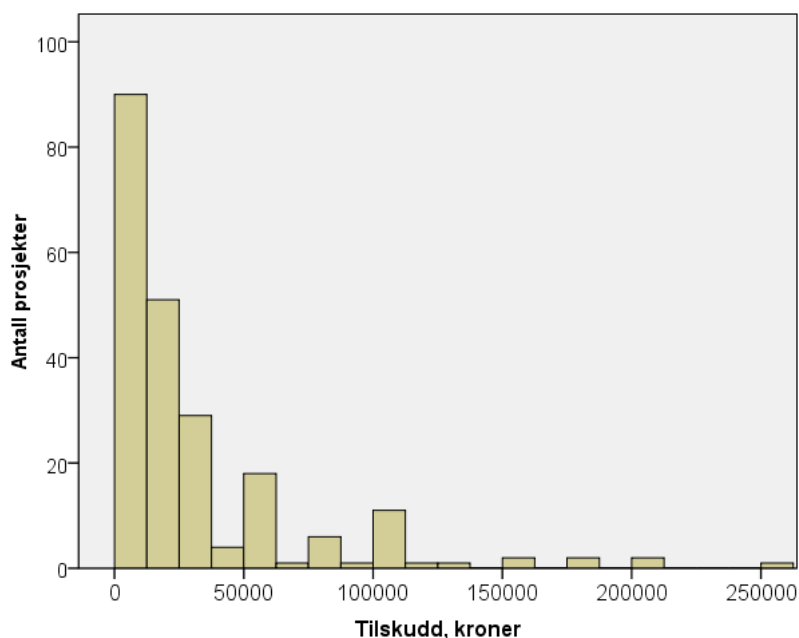
I denne delen ser vi på fordelingen av prosjekter i forhold til størrelse, geografi og tema. Presentasjonen baserer seg på en oversikt over tiltak og aktiviteter som har fått prosjektstøtte i perioden fra programmet startet opp i 2006 og frem til høsten 2009.

Tabell 3.6 Samlet støtte fra Folkehelseprogrammet til prosjekter og koordinatorene i kommunene, 2006–2009

	Totalt i prosjektstøtte	Lønntilskudd til koordinatorene	Stimuleringsmidler til koordinatorene
2006	1 815 000	450 000	125 000
2007	1 748 000	867 000	360 000
2008	1 803 000	1 000 000	450 000
2009	1 683 000	1 170 000	405 000
Totalt	7 049 000	3 487 000	1 340 000

Tabell 3.6 viser en samlet oversikt over midler som har gått til ulike prosjekter i de fire årene fra 2006 til 2009. Samlet er det delt ut i overkant av 7 millioner kroner i programperioden. Av dette er nesten 3 millioner gått til det største programområdet ”Helsefremmende skoler”. I tillegg til prosjektstøtten, har kommunene også fått lønntilskudd til de kommunale folkehelsekoordinatorene og såkalte stimuleringsmidler. Lønns- og aktivitetstilskuddet er gitt under den forutsetning at kommunen bidrar med like mye selv. Totalt tilskudd fra programmet har dermed vært på omtrent 11,9 millioner kroner.

En oversikt over prosjekttildelingene viser at 220 prosjekter eller aktiviteter har fått støtte i perioden 2006–2009. I snitt har hvert prosjekt fått tildelt 31 000 kroner.⁵ Prosjektstøtten kan imidlertid variere en god del. Det minste tilskuddet som er tildelt, er på 1 500 kroner, og det største på 250 000 kroner.



Figur 3.1 Fordeling av prosjekter med støtte fra Folkehelseprogrammet i forhold til størrelsen på støttebeløpet

Figur 3.1 viser fordelingen av tilskuddene fra Folkehelseprogrammet. Vi ser at de aller fleste tilskuddene er på godt under 50 000 kroner. Faktisk er det mest vanlig at tilskuddet ligger på mellom 10 000 og 30 000 kroner.⁶

⁵ Prosjektdatabasen inneholder prosjektstøtte med en totalramme på 6,77 millioner og avviker derfor noe fra summen i tabellen. Sannsynligvis dreier dette seg om at vi ikke har fått med alle prosjektene i prosjektdatabasen.

⁶ Median = 15 000; 1. kvartil = 10 000; 3. kvartil = 30 000.

Tabell 3.7 Fordeling av tilskudd på kommunenivå. Sum i kroner, median og antall prosjekter. 2006–2009.

Kommune	Sum	Median	Antall
Fylkesnivå	2 798 472	27 000	56
Skien	1 153 855	17 500	38
Porsgrunn	568 000	15 000	23
Bamble	519 000	20 000	21
Tinn	278 000	23 250	8
Notodden	186 500	35 750	4
Kviteseid	136 500	20 000	5
Kragerø	135 000	10 000	9
Nome	109 000	10 000	7
Sauherad	104 000	20 000	5
Bø	85 000	10 000	7
Tokke	77 000	10 000	5
Drangedal	74 000	10 000	7
Seljord	65 500	10 000	6
Nissedal	49 000	10 000	5
Hjartdal	40 000	10 000	4
Siljan	30 000	7 500	4
Vinje	21 500	21 500	1
Fyresdal	6 500	6 500	1

Tabell 3.7 viser hvordan tilskuddene fordeler seg mellom kommunene i Telemark. Første kolonne viser samlet beløp for alle prosjektene som er tildelt søkere med tilhold i den aktuelle kommunen, andre kolonne viser størrelsen på prosjektene målt som median av alle prosjekter, og den siste kolonnen viser hvor mange prosjekter som har fått støtte.⁷ Vi ser at de største beløpene har gått til fellestiltak over hele fylket. Her finner vi også at tilskuddene gjennomgående er relativt store (median = 27 000). Dernest ser vi at det er ytt relativt mye til prosjekter i Skien. Dette har først og fremst sammenheng med at relativt mange fra Skien har mottatt tilskudd, ikke at tilskuddene nødvendigvis er så store. Ellers ser vi at kommunene i Grenland generelt har fått relativt mye av tilskuddene fra Folkehelseprogrammet. Ser vi bort fra tilskuddene som har gått til fylkesprosjekter, finner vi at kommunene i Grenland har fått omtrent 60 % av støtten. Sett i forhold til at innbyggertallet i Grenland, som utgjør omtrent 60 % av innbyggerne i fylket, er det imidlertid ingen grunn til å si at grenlandskommunene er forfordelt.

⁷ Vi har tatt ut fire prosjekter fra listen. Dette gjelder to prosjekter som er registrert på Midt-Telemark, ett prosjekt som er registrert på Skien og Porsgrunn og ett som er registrert på Grenland.

Tabell 3.8 Tilskudd fordelt på hovedområder. Sum i kroner, median og antall prosjekter. 2006–2009.

	Sum	Median	N
Fysisk aktivitet	2 937 500	20 000	94
Kosthold	1 282 244	18 500	56
Tobakk	116 333	15 000	6
Kultur – helse	423 667	15 000	13
Psykisk helse	460 000	15 000	20
Annet	837 083	40 000	16

Tabell 3.8 viser fordelingen av tilskudd på ulike innsatsområder. I databasen er de enkelte prosjektene fordelt på seks innsatsområder. Siden de enkelte prosjektene kan være klassifisert innenfor flere av områdene, er beløpet og antallet delt likt på alle innsatsområdene prosjektet er registrert på.⁸ Av tabellen fremgår det at det er gitt klart mest støtte til fysisk aktivitet. Halvparten av midlene er gått til dette området. Videre ser vi også at relativt mye har gått til kosthold (ca 20 %). De øvrige områdene har til sammenligning fått relativt lite støtte. Det er for øvrig ingen store forskjeller i stønadsbeløpet mellom de ulike innsatsområdene, hvilket betyr at fordelingen først og fremst skyldes antall prosjekter med støtte innenfor de ulike områdene. Unntaket her er andre prosjekter, der vi ser at stønadsbeløpet ligger klart høyere enn på de øvrige innsatsområdene.

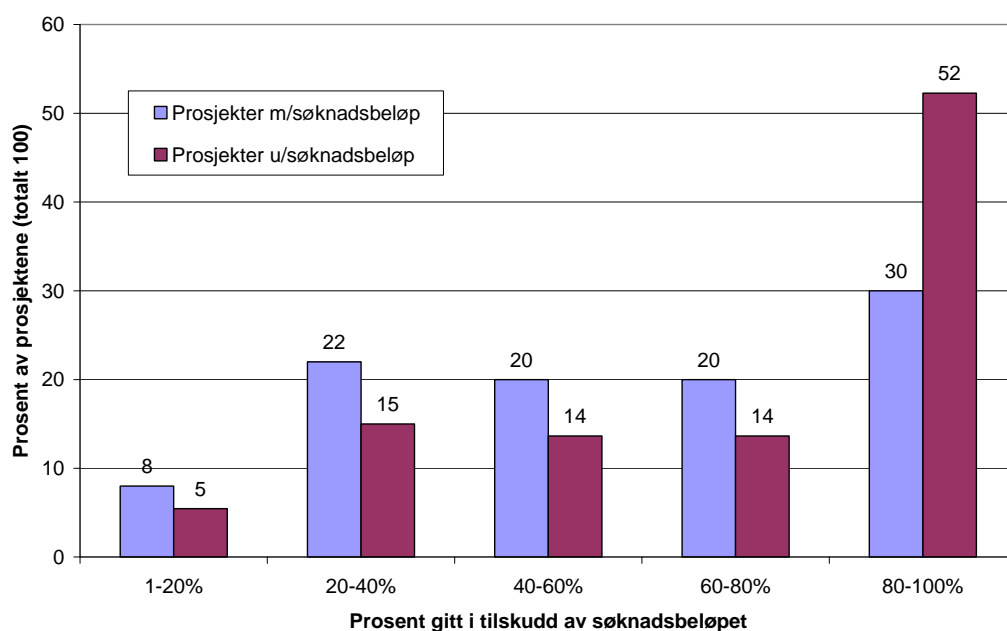
Vi kan også skille ut prosjekter som inngår i Helsefremmende skoler og andre prosjekter for årene 2007 til 2009. Av i alt 3,2 mill kroner som ble fordelt ut disse årene, er 1,68 millioner gått til Helsefremmende skoler, dvs. godt over halvparten. Vi finner også at prosjektene innen Helsefremmende skole gjennomgående er større (median = 17 000 kroner) enn andre prosjekter (median = 10 000).

3.2.3 Avslag og avkorting av stønad

Av de totalt 279 prosjektsøknadene vi har registrert, har 58 fått avslag (ikke registrert med tilsagn). Det betyr at omtrent 20 % av søknadene har fått avslag. Vi fin-

⁸ I praksis betyr det at et prosjekt som er registrert på to områder, blir betraktet som et halvt prosjekt på hvert av områdene. I tillegg blir tilskuddet delt på likt på begge områdene.

ner at det er relativt mange avslag blant de søknadene som er klassifisert som andre (40 %). Videre finner vi at det er forholdsvis få avslag blant prosjekter innenfor kategorien kosthold (9 %) og ingen avslag blant søknader i kategorien tobakk. Det er også noe mindre avslag på søknader innenfor programområde Helsefremmende skoler enn søknader på andre programområder. Til slutt finner vi at andelen avslag reduseres noe ut over i programperioden. Mens det var 32 % avslag i 2007, ble dette redusert til 26 % i 2008 og 21 % i 2009. Siden antallet søknader har holdt seg konstant, kan dette enten tyde på at man i programperioden har senket terskelen for å få støtte eller at det har kommet inn flere relevante søknader.



Figur 3.2 Andelen av prosjekter som har fått tilskudd med avkorting av søknadsbeløpet.

Figur 3.2 viser fordelingen av prosjektene i forhold til hvor stor del av søknadsbeløpet de har fått tilsagn på. I grafen har vi tegnet opp to søyler. Dette har sammenheng med at det er en del prosjekter hvor vi ikke har informasjon om søknadsbeløpet. Den første søylen viser fordelingen når vi bare tar med prosjekter som har et søknadsbeløp, dvs. at de uten søknadsbeløp holdes utenfor. I den andre søylen har vi også tatt med de som ikke har søknadsbeløp, og tatt utgangspunkt i at disse har fått tilskudd på 100 %.

Dersom vi tar utgangspunkt i den første søylen, ser vi at relativt mange av prosjektene har fått avkortet søknadsbeløpet. Vi ser at halvparten av prosjektene har fått avkortet 60 % eller mer. Tar vi utgangspunkt i den andre søylen, er tilsvarende an-

del av prosjektene på 34 %. I motsatt ende ser vi at 30 % av prosjektene har fått innvilget 80 % eller mer av søknadsbeløpet i den første søylen, og 52 % i den andre søylen. Andelen som har fått full uttelling, dvs. 100 %, er på henholdsvis 24 % og 48 %.

Hvem er det så som får avkortet beløpet? Vi finner at de aller fleste store søknader over 200 000 har fått avkortet beløpet. Med andre ord har avkorting sammenheng med størrelsen på søknaden. Samtidig er det også flere mindre prosjektsøknader som har fått relativt små tilsagn, sett i forhold til søknadsbeløpet. Vi finner ellers at det er prosjekter innenfor kategorien ”andre” som i størst grad har fått avkorting av stønadsbeløpet, samt i noen grad søknader innen området kultur. Blant de mindre prosjektsøknadene som har fått relativt stor avkorting, befinner det seg i stor grad prosjekter innen kategorien ”andre”.

3.3 Oppsummering

I dette kapitlet har vi forsøkt å beskrive noe av innholdet i Folkehelseprogrammet ved hjelp av eksempler og ved hjelp av en bredere tallbasert kartlegging. Innledningsvis presenterte vi kort fire prosjekter eller programområder som inngår i Folkehelseprogrammet. Denne beskrivelsen viser at det innenfor programmet finnes både det vi kan kalle mer altomfattende programområder (Aktiv senior), smalere og mer konkrete prosjekter (En sti for alle og Aktiv skole), samt altomfattende og geografisk avgrensede prosjekt (Skien kommune – en by i aktivitet). Prosjektet Helse i plan er også et eksempel på et prosjekt som retter seg mot det vi har kalt den brede folkehelsepolitikken, og som har til formål å spre folkehelse inn i sektorpolitikken via det kommunale plansystemet. Disse eksemplene viser også at Folkehelseprogrammet spiller ulike roller i de ulike prosjektene. I enkelte tilfeller dreier det seg om å finansiere prosjekter og i andre tilfeller om at sekretariatet eller folkehelseforumet drifter prosjektene selv. Videre ser vi at enkelte prosjekter er initiert på nasjonalt nivå eller av en kommune, og i andre tilfeller av sekretariatet/ folkehelseforumet.

Breddekartleggingen viser samtidig at det er gitt tilskudd til et mangfold av mindre prosjekter som er satt i gang etter initiativ nedenfra (fra kommuner, skoler, organisasjoner etc.). I alt har vi registrert 220 store og små tildelinger i løpet av programperioden. De samme prosjektene kan selvfølgelig ha fått flere tildelinger over flere

år, men gjennomgangen av prosjektene som har fått tilskudd, gir likevel et inntrykk av at det er mange små og noen store prosjekter som har fått tilskudd fra programmet. Det mest vanlige har vært å gi tilskudd på mellom 10 000 og 30 000 kroner til prosjekter innen områdene fysisk aktivitet og kosthold. Samtidig er det relativt få som har fått avslag på sine søknader.

Både de eksemplene vi har vist til og den tallbaserte kartleggingen, viser at det har vært et mangfold av aktiviteter som er igangsatt av eller har fått støtte fra Folkehelseprogrammet i programperioden. Noen er gjennomført, flere er i virksomhet og noen er i startgroppen. Gjennomgangen viser også at programmet både består av noen større nasjonale prosjekter som har blitt lagt inn i programmet, enkelte regionalt initierte prosjekter og ikke minst mange små prosjekter som er initiert nedefra av ulike lokale initiativtakere. I lys av konklusjonene i det forrige kapitlet, om at programmet fremstår som noe fragmentert, kan vi også her stille spørsmål ved om ikke også prosjektgjennomføringen og -profilen bærer preg av å være noe fragmentert. Et relevant spørsmål er bl.a. om det er noe sammenfall mellom de større nasjonale eller regionalt initierte prosjektene på den ene siden og de mange små og lokal initierte prosjektene på den andre.

4. Helsefremmende skoler

Helsefremmende skoler er et nasjonalt prosjekt (HEFRES) som ledes av Helse og omsorgsdepartementet. Prosjektet fundamenteres på og har følgende målsettinger:

- Paragraf 9a i opplæringsloven som sier at alle elever har rett til et læringsmiljø som fremmer helse, trivsel og læring”
- Kunnskapsløftet inneholder følgende prinsipp for opplæringen: ”skolen skal sikre at det fysiske og psykososiale arbeids- og læringsmiljøet fremmer helse, trivsel og læring”

Prosjektet ”Helsefremmende skoler” ble opprettet i Telemark i 2006, og er den største satsningen i Folkehelseprogrammet i Telemark. Evalueringen vil derfor ta for seg dette prosjektet spesielt i den hensikt å undersøke om satsningen har bidratt til å nå målsettingene med programmet.

Helsefremmende skoler jobber på to nivåer:

- prosjektet yter en innsats for kunnskapsøkning og motivasjon for en sunnere fysisk og psykisk helse og
- gir tilskudd til prosjekter og aktiviteter som bidrar til å nå prosjektets mål

Siden prosjektet rommer flere delprosjekter og aktiviteter, er det rimelig å betrakte Helsefremmende skoler mer som et programområde enn som et prosjekt.

4.1 Metode og datainnsamling

Bakgrunnsinformasjonen i dette kapittelet er hentet fra ulike prosjektdokumenter og fra samtaler med prosjektleder for Helsefremmende skoler. I tillegg er det gjort intervjuer av sentrale personer i nettverket (fem informanter), i ulike underprosjekter og med en barneskole, en ungdomsskole og en videregående skole. Her intervjuet vi rektorer, kontaktlærer og kantineansvarlige. Intervjuene er imidlertid basert på et begrenset utvalg personer, og vil derfor ikke nødvendigvis gi et representativt bilde av hvordan de ulike tiltakene har virker. Formålet med dette kapittelet er primært å gå i dybden av programområdet. Kapittelet må derfor ses i sammenheng med neste kapittel, der vi gir en bredere framstilling av hvordan skolene og

kommuneledelsen oppfatter Folkehelseprogrammet, Helsefremmende skoler og de enkelte tiltakene.

4.2 Beskrivelse av ”Helsefremmende skoler”

Helsefremmende skoler er et paraplyprosjekt med flere underprosjekter og aktiviteter innenfor følgende satsningsområder:

- Sunne måltider i skolen
- Økt fysisk aktivitet
- Psykisk helse
- Rus og tobakk

Helsefremmende skoler retter seg mot barnehage, barneskole, ungdomsskole og videregående skole, men de to sistnevnte har hatt hovedfokus.

Resultatkriterier for Helsefremmende skoler er som følger:

- Bidra til at skolene forankrer satsingen slik at tiltakene blir videreført/implementert etter Folkehelseprogrammets slutt
- Arbeide for at helsesøster skal være mer tilgjengelig og tilstede på skolene (grunnskoler og videregående skoler)
- Bidra til at skolene skal være tobakk, snus- og rusfrie
- Arbeide for at barnehager og skoler tilbyr grovt og grønt, og at de gradvis fjerner sukkerholdig mat og drikke
- Arbeide for at det legges til rette for fysisk aktivitet i skoletid og på skolevei
- Bidra til at skolene bruker minst et program for psykisk helse⁹
- Bidra til velfungerende og proaktive skolemiljøutvalg¹⁰

Det er svært mange aktiviteter og aktører knyttet til prosjektet, og vi vil i dette kapittelet gi en oversikt over underprosjekter og aktiviteter som ligger inn under pro-

⁹ Se kapittel om psykisk helse.

¹⁰ Dette er interne grupper av ulike slag, som eksempelvis arbeider i forhold til kantinen.

gramområdet. Tabell 4.1 gir en oversikt over de mest sentrale prosjektene og hvilken målgruppe hvert prosjekt retter seg mot.

Tabell 4.1 Prosjekter og tiltak innenfor Helsefremmende skole. Oversikt over målgrupper.

Prosjekt / tiltak	Barnehage	Barne- skole	Ungdoms- skole	Videregående skole
Kartlegging av helsesøsterressurs		X	X	X
Nettverk for skolehelsetjenesten og helsesøstre		X	X	X
Den gode skolehelsetjenesten		X	X	X
Vann som tørstedrikk	X	X	X	X
Fiskesprell	X			
SFO-kurs		X		
Kantinekurs/-nettverk			X	X
Gøy og trygg på sykkel i Telemark		X		
Gåbuss		X		
Aktiv skole			X	
Fysisk aktivitet, to pilot-skoler				X
Programmer innen psykisk helse		X	X	X
Rus og tobakk			X	X

Det varierer fra prosjekt til prosjekt i hvor stor grad prosjektleder til Folkehelseprogrammet er involvert i styringen av prosjektene. I prosjektene Aktiv skole og Gøy og trygg på sykkel i Telemark har prosjektledelsen ligget hos andre enn Folkehelseprogrammets sekretariat.

Prosjektet har en hel stilling til disposisjon, halvt finansiert av Folkehelseprogrammet og halvt av fylkeskommunen. I tillegg til lønnsmidler til prosjektleder for å drive motivasjons- og informasjonsarbeid og å foreslå ulike aktiviteter, har prosjektene her også fått midler fra programmets tilskuddsordning. I 2008 fikk Helsefremmende skoler også ekstra tilskudd fra Helsedirektoratet for å videreutvikle modellen.

4.2.1 Samarbeidspartnere

Det er flere samarbeidspartnere involvert i Helsefremmende skoler for å sikre en bred forankring og for å styrke det faglige innholdet i satsningen. Eksempelvis har Elev og lærlingområdet vært med og arrangerer konferanser, deltatt på møter med de videregående skolene og er også involvert i de jevnlige oppdateringene til kommunene om skolehelsetjenesten.

Folkehelsekoordinator for tannhelse er en annen viktig samarbeidspart i aktivitetene rettet mot kosthold og ernæring. Koordinatoren benyttes i Helsefremmende skoler i kompetansehevingen rettet mot SFO og kantine i ungdomskolen og videregående, samt i Fiskesprell-prosjektet. Koordinatoren er også noe aktiv i nettverket for skolehelsetjenesten, og denne deltakelse vil sannsynligvis forsterkes når prosjektet ”Den gode skolehelsetjeneste” kommer i gang. Koordinatoren for tannhelse deltar også sammen med Folkehelseprogrammet og Helsefremmende skoler på ulike arrangementer, som eksempelvis Mersmak-festivalen i Skien.

Det er også noe samarbeid med Høyskolen i Telemark, både i forhold til kosthold, idrett og helseutdanningen. I Helsefremmende skoler har det imidlertid vært et mindre samarbeid med HiT enn ønskelig. For øvrig er det også samarbeid med organisasjoner som Telemark Idrettskrets og Grenland sykleklubb i prosjektene Aktiv skole og Gøy og trygg på sykkel i Telemark.

4.2.2 Kontakten med skolene

I starten av prosjektet ble det kalt inn til en rektorsamling i videregående skoler med prosjektleder for Folkehelseprogrammet, der det ble orientert bredt om programmet. Prosjektleder har siden det hatt jevnlig kontakt med skolene, og holder dem oppdatert og informert om hvilke aktiviteter og prosjekter de kan delta i og viser fram de gode eksemplene, gjerne gjennom såkalte rektormøter. Ut over dette tar ikke prosjektleder direkte kontakt med skolene, men ønsker at de som er interessert tar kontakt selv. Dette begrunnes i at skolene ved selv å ta initiativ til oppstart av aktiviteter, vil ha en egen driv i å få i gang tiltak hos seg, og som prosjektleder sier det ”er vi der og stimulerer og tar med de som vil – de andre kommer etter hvert”. I følge prosjektleder jobber de etter en ”button-up” strategi. Det innebærer at de hører er på skolene og støtter opp om de initiativene som skolen selv

tar. Endringsprosesser tar lang tid, og det uttrykkes at det er skolen selv som må initiere endringene.

Et annet viktig aspekt ved prosjektlederens tilnærming til skolene, er at tiltak og aktiviteter blir forsøkt satt inn i rammen av skolens egen tenkning og målsettinger. For eksempel vektlegges ikke begrepet helse, men læring og hvordan helse og kosthold kan fremme læring. Tanken er at helse gjøres relevant i forhold til skolens kjernevirksomhet, og at det dermed blir lettere å få innpass i en ellers travel skoledag.

Det siste året bærer kontaktmøtene med skolene navnet ”Helsefremmende dialog”, som innebærer en ny måte å samhandle med skolene på. Det er utviklet et skjema eller en sjekklister for samtaler med skolene, som skal bidra til å strukturere samtalen. I tillegg skal dialogformen bidra til å gå ut over det å kartlegge status, til også å bidra til nye tankeprosesser og endring. I møtene kan skolen fortelle hva de gjør i forhold til kosthold, fysisk aktivitet, psykisk helse og andre relevante temaer, og hva de eventuelt tenker å gjøre framover. I etterkant av møtet skriver prosjektleder en oppsummering fra møtet, med forslag til forbedringer som ble diskutert, tips og innspill. I tillegg sender også prosjektlederen ut et dokument med gode eksempler til skolene. Dette kan eksempelvis være at skolen blir med på et program innen psykisk helse, eller at det kan tilbys mer grovt brød i kantinen.

Helsefremmende dialog har blitt gjennomført på 11 av de 14 videregående skolene i fylket, og prosjektleder planlegger å besøke de siste skolene i løpet av 2009. Også ungdomsskolene skal besøkes, men det er ønskelig at det er folkehelsekoordinatorene i kommunene som gjør denne jobben. Men enkelte unntak, har det imidlertid vært vanskelig å få koordinatorene i kommunene til å overta ansvaret for de helsefremmende dialogene.

4.3 Styrking av skolehelsetjenesten

Skolehelsetjenesten består blant annet av helsesøster, skolelege, tannpleier, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier, men det varierer i hvilken grad kommunene har ansatt slikt personell. Helsesøster har en sentral rolle i skolehelsetjenesten og det er i stor grad denne som trekker inn annen kompetanse ved behov. I *Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* er det

listet opp hvilke tjenester skolehelsetjenesten skal inneholde. Informanter hevder imidlertid at kapasiteten på eksempelvis helsesøsterressursen er altfor lav i de fleste kommunene i Telemark. I tillegg arbeider mange helsesøstre alene, ofte uten tilknytning til noe fagmiljø. Helsefremmende skoler har rettet søkelyset mot å styrke skolehelsetjenesten. I den sammenheng er det igangsatt tre ulike aktiviteter:

1. Kartlegging av helsesøsterressurs i alle kommunene og orientering om skolehelsetjenesten til rådmenn og ordførere
2. Opprettelse av "Nettverk for skolehelsetjenesten" og herunder "Nettverk for helsesøstre"
3. Initiating av prosjektet "Den gode skolehelsetjeneste"

4.3.1 Kartlegging av helsesøsterressurs

I følge informantene, varierer det i hvilken grad helsesøster på skolene har mulighet til å fokusere på forebyggende helsearbeid i skolene, eksempelvis med orientering i klassene og dialog på planleggingsdager. Generelt gis det uttrykk for at dette begrenses av skolehelsetjenestens ressurser. Målet for programområdet i Helsefremmende skoler er derfor at helsesøsterressursen i skolen bør være en 100 prosents stilling per 600–700 elever. For å nærme seg dette målet, drives et bevisstgjøringsarbeid ovenfor den enkelte kommune. Dette innebærer at helsesøsterressursen i grunnskoler og videregående skoler kartlegges to ganger i året. Denne informasjonen inngår i et orienteringsbrev til rådmenn og ordførere om skolehelsetjenesten som sendes ut hvert halvår. På den måten kan kommunene sammenlikne seg med andre kommuner. I breddeundersøkelsen til rektorer og kommuneledelsen spørres det om deres kjennskap til orienteringsbrevet, jf. kapittel 5. Undersøkelsen viser imidlertid at kjennskapet til brevet er forholdsvis lav hos begge disse gruppene. Blant rektorene var det dessuten svært få som hadde erfart at orienteringsbrevet hadde medført en økning av helsesøsterressursen ved deres skoler.

Skolehelsetjenesten omfatter flere ulike yrkesgrupper som utfyller hverandres funksjoner, men det er helsesøsterressursen som er kartlagt i forbindelse med orienteringsbrevet. Dette begrunnes med at det er helsesøster som er den som er/bør være fysisk tilgjengelig for elevene på skolene, og som har en allsidig kompetanse. Dess-

uten har som regel helsesøster en koordinerende funksjon i forhold til annen fagkompetanse i skolehelsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet 2004).

4.3.2 Nettverk for skolehelsetjenesten og for helsesøstre

Nettverket for skolehelsetjenesten ble opprettet i 2007. Nettverkene har jevnlig møter; skolehelsetjenesten i kommunene har møte en gang i året, og nettverk for helsesøstre har i tillegg ett eget møte i året. Det har også blitt arrangert temadag med skolehelsenettverket og politikere på kommune- og fylkesnivå med tittelen ”Helsesøsters rolle og oppgaver i skolehelsetjenesten” (mars 2008). Hensikten med disse aktivitetene er å øke bevisstheten om skolehelsetjenesten sin rolle og mulighet i folkehelsearbeidet.

Hensikten med nettverket for skolehelsetjenesten og nettverket for helsesøstre er å dele gode erfaringer og bli bedre kjent. Ved samlinger i nettverket for skolehelsetjenesten har de ulike yrkesgruppene (som helsesøster, skolelege, tannpleier, fysioterapeut og psykiatrisk sykepleier) mulighet til å komme med innspill og påvirke fokuset som Helsefremmende skoler har i forhold til skolehelsetjenesten. Engasjementet til aktørene i nettverket sies å avhenge av kapasitet og hvilken nytte de føler at nettverket gir for dem, men til nå har engasjementet vært lavt hos de mindre sentrale aktørene.

Nettverket har bidratt til at deltakerne knytter nye kontakter og blir kjent med ulike yrkesgruppene innenfor skolehelsetjenesten. I tillegg har samlingene synliggjort at praksis er forskjellig fra kommune til kommune, og vært bakgrunnen for utviklingen av prosjektet ”Den gode skolehelsetjeneste”. Evalueringen etter det siste møtet i nettverket, viste likevel at ikke alle deltakerne var helt fornøyde, mye begrunnet i at helsesøsters rolle fikk en for stor plass.

4.3.3 Den gode skolehelsetjenesten

Samlingene i nettverket for skolehelsetjenesten har bidratt til å synliggjøre at tjenestens oppgaver gjøres forskjellig i kommunene, og at de ulike faggruppene hver og en har en viktig funksjon som utfyller hverandre. Dette er bakgrunnen for utvik-

lingen av prosjektet ”Den gode skolehelsetjenesten”. Med utgangspunkt i forskriften om skolehelsetjenesten¹¹ ønsker prosjektet å konkretisere skolehelsetjenestens oppgaver og si noe om hva som er et minimum innenfor de ulike områdene. Prosjektet er under oppstart og det er det ønskelig at helsesøstre og de andre i skolehelsetjenesten selv skal definere hvilke oppgaver det er nødvendig ønsker å styrke. Prosjektet har fått 100 000 kroner av Folkehelseprogrammet, og gruppen av ledende helsesøstre utgjør prosjektgruppen.

4.3.4 Vurderinger av skolehelsetjenesten

”Folkehelseprogrammet og Helsefremmende skoler er målrettet og har bidratt positivt til å sette fokus på skolehelsetjenesten som ressurs for barn og unge”, sier en informant. Prosjektleder beskrives som aktiv mot skolens ledelse for at skolen selv skal velge å gjøre endringer. I følge en helsesøster, har fylkeskommunen ikke tidligere vært så engasjert i skolehelsetjenesten, som de nå er i forbindelse med Folkehelseprogrammet.

Kartleggingen av helsesøsterressurs har i følge prosjektleder medført en viss ”konkurranse” mellom kommunene, siden ingen ønsker å være dårligst i klassen. Men de stiller likevel spørsmålsteget ved om det bare skjer en omrokking av ressursen i stedet for en reell økning. Helsesøsteren vi intervjuet mener likevel at det har vært en bedring i tilgangen til helsesøster ressurs i kommunene, men at det er mye som gjenstår.

Det har vært mye fokus på helsesøster i nettverket og det har vært en viss misnøye med det blant de andre yrkesgruppene i nettverket. Prosjektleder påpeker imidlertid at de ønsker å få fram alle yrkesgruppene innenfor skolehelsetjenesten, og at alle har en funksjon som utfyller hverandre. Således kunne en tenke seg at kartleggingen og orienteringsbrevet til kommunene viste dette ved å synliggjøre alle yrkesgruppene innenfor skolehelsetjenesten. Prosjektet ”Den gode skolehelsetjenesten” vil kunne bidra til å konkretisere skolehelsetjenesten sine oppgaver, og gjøre det lettere å sortere ut hvor det trengs styrket innsats.

¹¹ Forskrift om kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten

4.4 Kosthold og ernæring

I ”Bra mat i barnehagen” og ”Retningslinjer for skulemåltidet i grunnskule og vidaregåande skule” fra Helsedirektoratet forklares hva som ligger i et godt kosthold i barnehage og skole. Prosjektet Helsefremmende skoler arbeider for et mattilbud som er i tråd med disse anbefalingene og som samtidig smaker godt. Gjennom å formidle kunnskap, tips og de gode eksemplene, skal alternativene til de sukkerholdige og mindre sunne matvarene fremheves.

4.4.1 Vann som tørstedrikk

Helsefremmende skoler fokuserer på vann som tørstedrikk framfor sukkerholdige drikker som brus og saft i barnehage og skole. ”Vannprosjektet” i Helsefremmende skoler skal bidra til å øke inntaket av vann, gjennom å a) gi bidrag til innkjøp av vannkølere og vannflasker, og b) formidle kunnskap om fordelene med vann som tørstedrikk. Økonomiske midler fra Folkehelseprogrammet har blitt bruk til å kjøpe inn vannkølere og vannflasker til skolene, og vannverkene i kommunene har vært samarbeidspartnere. Også den fylkeskommunale tannhelsetjenesten er en aktiv og viktig samarbeidsaktør i vannprosjektet. Det er utarbeidet et undervisningsmaterieell om vann som tørstedrikk. Det benyttes av tannhelsetjenesten på de ulike kursene om kosthold og ernæring i regi av Helsefremmende skoler. Disse er omtalt i de påfølgende avsnittene.

4.4.2 Fiskesprell

Fiskesprell er et nasjonalt prosjekt for skole og barnehage som drives av Helse- og omsorgsdepartementet, Fiskeri- og kystdepartementet og Eksportutvalget for fisk. Telemark er pilotfylke for Fiskesprell. Prosjektet har som mål å øke forbruket av sjømat i barnehager og skoler, men omhandler også generell ernæring. I Telemark var det først 10 pilotbarnehager, mens det nå er i overkant av 70 barnehager i fylket som er Fiskesprell-barnehager eller blir det i løpet av 2009. Det har blitt utarbeidet veiledningshefte for voksne, aktivitetshefte for barn, oppskriftshefte m.m. som fritt benyttes av barnehager og skoler som ønsker å satse på mer sjømat i kosten. Inngangen til barnehagene er todelt, med en inspirasjonskveld for ansatte og

foreldre, og deretter et kurs for de ansatte som omfatter både teori og praktisk matlaging. Prosjektet forsøker å involvere og påvirke både foreldre og barnehageansatte. I Telemark har prosjektet i hovedsak omfattet barnehager, selv om enkelte skoler også har deltatt.

4.4.3 SFO-kurs

Det serveres noe mat til barn som er på Skolefritidsordningen (SFO). Helsefremmende skoler tilbyr inspirasjonskurs i kosthold og ernæring for ansatte i SFO. Tilbudet om kurset har gått til alle i fylket og er til nå avholdt i seks kommuner. Folkehelsekoordinator for tannhelse har da ansvar for det faglige når det gjelder sukkerholdige varer og vann som tørstedrikk, mens prosjektleder for Helsefremmende skoler har ansvar for det øvrige knyttet til kosthold. ”Mindre saft og vaffelsteking og mer av det sunne” er den retningen en ønsker at skolen skal gå. SFO-kursene har imidlertid ikke alltid blitt prioritert like høyt, og eksempelvis har kurs blitt avlyst på grunn av for få deltakere.

I barneskolen hvor vi gjennomførte intervjuer, var det interesse for kosthold hos de SFO-ansatte allerede før Folkehelseprogrammet kom. I tillegg var det mange av foreldrene som ønsket sunnere mat for barna. Dette var bakgrunnen for at skolen ønsket å gjennomføre kurset i regi av Helsefremmende skoler. På denne skolen tas dessuten kosthold opp som tema på foreldremøter. Rektor ved skolen mener at det er positivt at det skolen gjør blir sett og kommer fram slik at det blir synliggjort ovenfor foreldrene.

4.4.4 Kantinedrift

Ungdomsskole

I ungdomsskolene er det elevene selv som driver kantine i samarbeid med en lærer eller assistent. Helsefremmende skoler tilbyr kurs i hvordan man kan organisere en kantine og hva den bør inneholde. Deltakerne er da rektor, lærere som har ansvaret for kantine, og elevene. Omtrent halvparten av ungdomsskolene har hatt deltakere på kurs. Det er ønskelig at skolene oppretter interne kostgrupper, miljøgrupper eller andre fora som skal arbeide for et fokus på sunn mat, der også elevene er med. Det er utarbeidet hefter med tips til innhold i kantine.

Ved en ungdomskole vi har vært i kontakt med, hadde de søkt midler fra andre ordninger for å få mer fysisk aktivitet på skolen og å kunne tilby elevene gratis frokost på skolen før Folkehelseprogrammet ble igangsatt. Rektoren ved skolen påpeker at Folkehelseprogrammet har bidratt til å styrke satsningen og til å bygge videre på det som allerede var igangsatt. Skolen har vært i en gunstig situasjon og har hatt personalressurser til å arbeide med frokostservering, kantinedrift og organisering av skolefrukt uten at det har gått ut over lærerressurser. Skolen har også et samarbeid med NAV for å få fremmedspråklige til å hjelpe i kantinen. Utgifter til frokosten tar skolen over driftsbudsjettet. Skolen sier at de ville hatt en kantine uansett om Folkehelseprogrammet eksisterer eller ikke, men at innsatsen fra Helsefremmende skoler har bidratt til at det lages sunnere mat i kantinen. De ansatte har ikke helseutdanning, så Helsefremmende skoler er viktig for å få tips og kunnskap om hva som er helsebringende kost.

Videregående skole

I videregående skoler er det, med noen unntak, private drivere og ikke skolen selv som holder kantine. Som oftest har ikke driverne bakgrunn eller utdanning i helsefag. Helsefremmende skoler arbeider for å gradvis fjerne, eller i det minste redusere tilbudet av, de sukkerholdige varene og erstatte de med vann, frukt og grønt. Eierformen gjør imidlertid at ikke skolene har direkte mulighet til å bestemme hva kantine skal inneholde, men må finne fram til løsninger i samarbeid med driveren.

Gjennom Helsefremmende skoler, blir det holdt kurs for drivere og ansatte ved skolene. På kursene er fokuset på næringsinnhold i ulike matvarer, sukker m.m. Deltakerne lager sunn mat sammen og utveksler erfaringer. Det er også utviklet et hefte med tips om hva som kan serveres. I 2008 ble det dannet en egen "kantinering" som har ett møte i halvåret. Representanter fra alle de videregående skolene har deltatt på kantinerings møter. Kursene gir skal gi inspirasjon og kunnskap samt bidra til utveksling av retter og menyer. Strategien har vært å ta inn det sunne før man tar ut det usunne. Erfaringsoverføringen er sterkt vektlagt i kantinesatsningen. Erfaringskonferanser om ernæring/kantine for skolene er et ledd i å vise fram de gode eksempler på tiltak og menyer. Det er dessuten under utarbeidelse et idéhefte "Kantinebok fra Telemark" som tar utgangspunkt i oppskrifter fra kantinedriverne. I samarbeid med Helsefremmende skoler har Bama i tillegg gitt skolene tilbud om gratis salatbar, noe har ført til at de fleste videregående skolene tilbyr salat.

Rektoren og læreren som vi intervjuet var svært tilfreds med det som er oppnådd med økonomiske bidrag og annen bistand fra Helsefremmende skoler. Det fortelles at skolen har mange ressurspersoner som ønsket å gjøre noe innenfor kosthold, fysisk aktivitet og psykisk helse, og at Folkehelseprogrammet har vært med å utløse noe som allerede lå latent i personalet. Det har vært et godt samarbeid med driveren av kantinen, men det er fremdeles en vei å gå i forhold til å tilby mindre sukkerholdige varer og gi et større fokus til de sunne alternativene. Det arbeides med et frokosttilbud og middagstilbud for elever og ansatte. Skolen deltar ellers aktivt i kantineringen, noe som de mener er en god støtte i arbeidet med å gjøre kantinen mer helsefremmende. Det fremheves også at Folkehelseprogrammet har bidratt til at frukt- og grøntleverandøren Bama har et godt tilbud til alle skolene. De fremhever at ”brusen og sjokoladen ikke er borte fra kantinen, men at det er dyrere og at det er et større utvalg på de sunne alternativene”. Engasjerte ansatte ved skolen har selv organisert en egen kantinegruppe og en idrettsgruppe.

4.4.5 Vurderinger av kostholds- og ernæringsprosjektene

I følge våre informanter er det bred enighet om at Folkehelseprogrammet og Helsefremmende skoler har bidratt til et sterkere fokus på vann og et sunnere kosthold ved de skolene vi har vært i kontakt med. Elevene drikker mer vann ved at kaldt vann er lett tilgjengelig. De har også en oppfatning om at skolene nå tilbyr mer grovt brød, rundstykker, salat og andre sunne alternativer enn tidligere. Det er imidlertid fremdeles en utfordring at det tilbys mange sukkerholdige varer og fine bakevarer i kantinen i de videregående skolene. Det er åpenbart at det gjenstår en del på å endre holdninger og handlingsmønstre hos elevene, slik at de velger sunnere alternativer. Det er videre en utfordring at elevene handler andre steder dersom kantinen ikke tilbyr det de har lyst på til den prisen de forventer. Dette vil igjen kunne gå ut over omsetningen til kantinen. En parallell satsing på å bevisstgjøre elevene er derfor viktig for å lykkes med et mer helsefremmende kosthold. En annen problemstilling er at skolene har begrensede mulighet til å påvirke hva som tilbys elevene i kantinen, siden de ikke driver kantinen selv. Det virkemidlet de imidlertid kan bruke overfor kantinedriverne, er skolens målformuleringer. Endringsprosessene i disse kantinen har likevel vist seg å være tidkrevende.

4.5 Fysisk aktivitet

I overgangen fra barneskole til ungdomsskole blir elevene mer passive, noe som spesielt gjelder jentene. Helsefremmende skoler har derfor spesiell fokus på elever i ungdomsskolen og videregående skole, men har også tiltakspakker for barneskoletrinnet. Ved å sette inn tiltak tidlig, er tanken at man kan bidra til at de unge fortsetter å være fysisk aktive. Det er et nasjonalt mål at barn og unge skal ha minimum 1 time fysisk aktivitet per dag. Helsefremmende skoler innbefatter flere prosjekter som har til formål å øke den fysiske aktiviteten i skoletiden og på skoleveien.

4.5.1 Gøy og trygg på sykkel i Telemark

Prosjektet ”Gøy og trygg på sykkel i Telemark” henvender seg til mellomtrinnet i grunnskolen. Innsatsen er i følge Handlingsplanen for prosjektet rettet mot:

- forebyggende arbeid
- trafikkopplæring
- fysisk aktivitet
- bevegelse og kosthold
- tilbud til alle

Initiativtaker og prosjektleder er Grenland sykleklubb, og det ble planlagt og gjennomført i samarbeid med Folkehelseprogrammet, Fylkestrafikkutvalget i Telemark (FTU), Trygg trafikk, Høgskolen i Telemark, elever fra idrettslinjer ved videregående skoler, Telemark Politikammer og den enkelte skole, inkludert FAU. Det har også vært et samarbeid med NAV. Prosjektet ble avsluttet i 2008, og til sammen har ca. 100 skoler og 10 500 elever deltatt fra alle de 18 kommunene i Telemark.

Gøy og trygg på sykkel omfatter tre hovedaktiviteter. Elevene følger et teoretisk og praktisk opplæringsopplegg over 4 uker, som munner ut i en sykkelprøve. Etter omtrent et halvt år har det blitt gjennomført oppfølgingsdager for elevene som deltok på sykkelopplæringen foregående semester. På flere skoler ble det arrangert sykkeldager med fokus på trygg ferdsel, vedlikehold av sykkel og en felles sykkeltur. Ved alle anledninger ble det servert frukt og vann til elevene, og det har blitt fokusert på viktigheten av et sunt kosthold.

Gøy og trygg på sykkel er et inkluderende prosjekt på den måten at alle elever er med på opplegget, uansett forutsetninger. Det utformes tilpassede opplegg til elever med funksjonshemming og elever som ikke kan sykle fra før. Ved behov lånes det ut sykkel og hjelm, og det har også vært slik at elever har kunnet låne med seg sykkel hjem for å øve på fritiden. Særlig er det fremmedspråklige og familier ressurs-svake familier som benytter seg av dette tilbudet. Således strekker prosjektet seg langt for å inkludere alle og for at elevene skal føle mestring. På skoler med elever med dårlig motorikk tas det kontakt med skolehelsetjenesten, slik at eleven skal få oppfølging av fysioterapeut.

Gøy og trygg på sykkel blir ansett for å være et svært vellykket tiltak på flere måter. I forhold til målene om antall deltakende elever overgikk prosjektet sine egne mål i 2008, og både elever og ansatte ved skolene har vært positive til prosjektet. Høgskolen i Telemark har gjort en evaluering av prosjektet hvor det går fram at prosjektet har lyktes i å gjennomføre en god opplæring for elevene. Prosjektet har dessuten involvert personer i NAV-systemet i gjennomføringen av prosjektet. Det er et ønske fra de involverte partene om å videreføre prosjektet. I så fall er det et ønske fra de involverte om at kontaktlærerne bidrar mer i gjennomføringen, og at det opprettes en nettportal for kommunikasjon mellom skolen og prosjektledelsen.

Barneskolen som vi intervjuet, har også vært med på prosjektet ”Gøy og trygg på sykkel i Telemark”. Selv om prosjektet formelt er avsluttet, har skolen prioritert å videreføre prosjektet og sette av lærertimer og kjøpe opplæringspakker til elevene. De mener at prosjektet har ført til at flere sykler og går til skolen. Gøy og trygg på sykkel passer fint inn i skolens profil om å være en aktiv skole, og skolen er inne i ulike prosjekter og gjennomfører flere tiltak for å bedre kostholdet og å øke den fysiske aktiviteten. Eksempelvis har skolen et stort uteområde tilgjengelig, som tidligere var lite utnyttet, men som nå blir videre utviklet og tilrettelagt for ulike aktiviteter. Dette har ikke blitt gjort i samarbeid med eller med støtte fra Folkehelseprogrammet, siden skolen ikke var klar over at Folkehelseprogrammet også hadde søkbare midler tilgjengelig. Det fortelles at det har vært mer kontakt mot prosjektet ”Skien – en by i aktivitet”, enn mot Folkehelseprogrammet.

4.5.2 Gåbuss

I følge Gåbuss-aksjonen blir 30 % av elever med en skolevei på ½ til 1 km skolevei kjørt til skolen. Gåbuss er et tiltak for få flere barn til å gå til skolen i stedet for å bli kjørt med bil, og er en aksjon som har spredt seg til store deler av landet. Tiltaket går ut på at foreldre samarbeider og bytter på å følge barna til skolen, eller det kan være pensjonister som følger barna. I Telemark har Trygg trafikk, Eldrerådet og FAU ved den enkelte skole vært involvert i prosjektet. Helsefremmende skoler har gjort en viss innsats for at aksjonen skal få fotfeste også i Telemark, men til nå er det kun noen svært få skoler som har prøvd ut konseptet. Prosjektledelsen ønsker imidlertid å øke innsatsen i forhold til Gåbuss, og bruke den nasjonale "Gå til skolen-dagen" til å sette fokus på Gåbuss.

4.5.3 Aktiv skole

Prosjektet "Aktiv skole" har som mål å øke aktivitetsnivået hos elever i ungdomskolen. Prosjektet ledes av Telemark Idrettskrets (TIK), og gjennomføres i samarbeid med Folkehelseprogrammet. Aktiv skole er det underprosjektet som mottar mest midler fra Folkehelseprogrammet. Prosjektet er en videreføring av et EU-prosjekt, "YouMe", som startet i 2004 i Norge. Det var da med 10 skoler fordelt på 8 fylker, og i Telemark var det Gjerpen ungdomskole som var med i denne perioden. I dag er 22 av 46 ungdomskoler med i prosjektet, det vil si omtrent halvparten av ungdomsskolene i fylket.

Prosjektet baserer seg på at elevene selv skal sette i gang aktiviteter på sin skole, i samarbeid med en lærer. Disse "ressurselevne" (ca 10 elever fra hver skole) går på 2-dagerskurs for å bli aktivitetsledere. I tillegg tilbys skolene 4 aktivitetskurs som tar for seg ulike idretter og aktiviteter, men det er varierende om skolene benytter seg av dette. Elevene utgjør en ressursgruppe på skolen som organiserer aktiviteter i blant annet midttimer og friminutt. Aktivitetene skal være lavterskelaktiviteter slik at alle har forutsetninger til å delta. Det varierer fra skole til skole om aktivitetene er obligatoriske eller frivillige å være med på. På noen skoler organiserer ressurselevne også aktiviteter for barn på SFO. Det har også blitt arrangert et dagskurs for kontaktlærerne for Aktiv skole elevene, slik at de vet hvordan de kan benytte seg av ressurselevne på skolen.

I utvelgelsen av elever er man ute etter de som oppfattes å være gode rollemodeller, det vil si elever som er inkluderende og som har gode lederegenskaper. Elevene må sende inn skriftlig søknad om å bli aktivitetsledere, og på noen skoler er det også et intervju med elevene.

Tidligere har alle ungdomsskolene i Telemark har fått tilbud om å være med i Aktiv skole. I 2009 derimot er det bare de skolene som har vært med fra før, som inviteres til å delta med ressurselever på kurs. Begrunnelsen for dette er at det ønskes en sterkere forankring og involvering fra skolens side. Det er ønskelig at både lærer og miljøarbeider på skolene er med som observatører på lederkurset, slik at de er bedre rustet og motivert til å følge opp ressurselevne. Det hevdes at en suksessfaktor er at skolen setter av tid til læreren for oppfølging.

Det er mange aktører involvert i Aktiv skole. Det er et faglig samarbeid mellom idrettskretsene i Vestfold, Buskerud og Telemark (BTV-regionen) om lederkursene. Aktivitetskursene holdes i samarbeid med lokale idrettslag og/eller særforbund innen ulike idrettsgrener. I Skien er det et samarbeid med prosjektet ”Skien – en by i aktivitet” som også har fått støtte av Folkehelseprogrammet. Dette er nok medvirkende til at det i Skien er 5 av 6 ungdomsskoler som er med i Aktiv skole. Telemark Idrettskrets har ingen kontakt med folkehelsekoordinatorne i kommunene, bortsett fra i Skien og Porsgrunn.

I følge en informant fra Telemark Idrettskrets er det 6-7 skoler som er spesielt aktive, og de sier videre at ”der hvor man får det til, har det blitt betydelig mer aktivitet”. Prosjektet sies å ha bidratt til å endre elevenes holdning til fysisk aktivitet og at trivselen har blitt bedre. I følge en kilde som er involvert i Aktiv skole, stilles det imidlertid spørsmål om man klarer å få de passive mer aktive, eller om det er slik at de aktive elevene bare blir mer aktive.

Telemark Idrettskrets påpeker at det er en utfordring å forankre prosjektet godt hos de ansatte ved skolene slik at også kontaktlærerne er aktive i å drive prosjektet på skolene. Det at for mange skoler deltar, kan også gå på bekostning av kvaliteten i følge organisasjonen. Hvis flere skoler i Telemark skulle være med i Aktiv skole, er det behov for å øke kapasiteten hos både Telemark Idrettskrets og særforbundene slik at ikke kvaliteten forringes. Det er også ønskelig med mer forutsigbarhet i økonomien til prosjektet siden Telemark Idrettskrets per i dag er finansiert med prosjektmidler fra flere kilder. Videre foreslår Telemark Idrettskrets at det skulle

vært organisert et nettverk av lærere der man kunne utvekslet erfaring med prosjektet ved de ulike skolene.

For å sikre at investeringen i den enkelte skole skal føre til mer aktivitet, er det slik at skolene må skrive en slags kontrakt for å bli med på Aktiv skole. På den måten forpliktes skolen til å arbeide aktivt med prosjektet, og å gi tilbakemelding på hvilken effekt det har på aktivitetsnivået. Telemark Idrettskrets ønsker også å ha kontakt med ressurselevne etter at de er ferdig på skolen og knytte dem til idrettslag, for eksempel som treningsledere.

4.5.4 Fysisk aktivitet i videregående skoler

Gjennom Folkehelseprogrammet ble det under en erfaringskonferanse kringkastet at 50 000 kroner skulle fordeles mellom videregående skoler som ønsket å arbeide for økt fysisk aktivitet hos elevene. Bø og Kragerø videregående skoler meldte sin interesse. I Bø er det blant annet startet opp "Gøy-time" som er en time med lavterskel fysisk aktivitet uten karaktergivning. I Kragerø har de bl.a. valgt å fokusere på jentene, siden det er disse som er mest inaktive, og de har blant annet tilbud om dansing.

Også andre videregående skoler arbeider for å legge til rette for mer fysisk aktivitet, men ikke nødvendigvis kun i tilknytning til Folkehelseprogrammet. Skolen vi snakket med har eksempelvis planer om å omgjøre den gamle kantinen til et treningsstudio. Det er gitt økonomisk støtte til personell til studioet fra Folkehelseprogrammet. En annen videregående skole ønsker å ha fysisk fostring som tema for innværende skoleår, med fokus på både elever og ansatte. Dette innebærer at skolen arrangerer turneringer og kurs, og at det er fokus på kosthold.

4.5.5 Vurderinger av tiltak for fysisk aktivitet

Prosjektene innenfor fysisk aktivitet har helt tydelig ført til et høyere aktivitetsnivå hos elevene ved de skolene hvor vi har gjennomført intervjuer. Dette er imidlertid spesielt utvalgte skoler der programmet har vært vellykket. Skolene er derfor ikke representative for alle skoler i fylket. De aktuelle skolene er også involvert i andre og egeninitierte prosjekter som har hatt fokus på økt fysisk aktivitet. Det er derfor vanskelig å vurdere virkningen av tiltakene som er iverksatt i regi av Folkehelse-

programmet. De eksemplene vi har plukket ut viser imidlertid at tiltak for å øke den fysiske aktiviteten har hatt sin virkning. For å spre disse erfaringene til andre skoler, ville det derfor vært hensiktsmessig å etablere et nettverk eller og noen arenaer for erfaringsutveksling. Per i dag finnes det ikke noen slike arenaer eller nettverk.

4.6 Psykisk helse

Gjennom ”Opptrappingsplan for psykisk helse 1998–2008” har arbeidet med psykisk helse blitt forsterket. De statlige midlene ble kanalisert via Fylkesmannens helseavdeling for å styrke tilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Fra 2009 har de øremerkede midlene blitt overført direkte til kommunene. Det heter på hjemmesidene til Fylkesmannen i Telemark at ”Fylkesmannen vil ha sin oppmerksomhet rettet mot den enkelte kommune og gi råd og veiledning når det gjelder kvalitetsarbeid, kompetanseheving, samarbeidsrutiner og -løsninger. Psykisk helsearbeid skal sees i sammenheng med folkehelsearbeidet og opptrappingsplan for rusfeltet 2007–2010.” Helsedirektoratet har utarbeidet veilederen ”Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene”, hvor viktigheten av å forebygge og å komme tidlig inn påpekes.

Det finnes ulike programmer for å fremme god psykisk helse. Dette er blant annet Venn1, VIP, STEP og Zippys venner, og Helsefremmende skoler arbeider for at flere skoler skal gjennomføre programmer for bedret psykisk helse. Det kan også søkes stimuleringsmidler fra Helsefremmende skoler for å gjennomføre disse programmene. Til nå er det flest videregående skoler som har tatt i bruk programmene.

Fylkesmannen i Telemark, avdeling for barnehage og utdanning (BUA), har en viss rolle i Helsefremmende skoler, på grunn av koblingen med den generelle satsningen innen psykiatri. Dette går fortrinnsvis ut på å være en av medavsenderne for brevet til kommunene om skolehelsetjenesten og helsesøsterressurs. Deres engasjement i forhold til skolehelsetjenesten begrunnes i at helsesøstre er viktige i arbeidet for god psykisk helse sammen med andre spesialiserte innen dette feltet på skolene. Opptrappingsplan for psykisk helse ga økonomiske midler til å styrke personellressursen innenfor fagfeltet i kommunene, men satsningen innenfor psykisk helse i skolehelsetjenesten har ikke blitt prioritert fra disse midlene i følge en informant.

Folkehelseprogrammet og Helsefremmende skoler har hatt et mindre fokus på psykisk helse enn på de to tyngste innsatsområdene, kosthold og ernæring og fysisk aktivitet. Det blir uttrykt at det har vært lite bevissthet om hvordan de ulike programmene brukes, ikke bare i Telemark, men helt opp til nasjonalt nivå i Folkehelseprogrammet. Mange skoler har imidlertid benyttet seg av de aktuelle programmene innen psykisk helse på eget initiativ. En informant peker samtidig på at det generelt burde være et bedre samspill mellom de ulike aktørene innenfor fagfeltet, som eksempelvis folkehelsekoordinatorene, BUA, NAV, kommunene m.fl.

4.7 Rus og tobakk

Helsefremmende skoler har ikke lagt inn mye ressurser i forhold til å redusere bruken av rusmidler og tobakk. Unntaket er et vedtak i fylkestinget om at de videregående skolene skal være tobakksfrie i skoletiden, med visse lokale tilpasninger. Det kommer samtidig jevnlig tilbud til ungdomsskolene fra Helsedirektoratet om å delta i det nasjonale "Fri-prosjektet" (tidligere "Vær røykfri"), men oppslutningen rundt kursene har ikke vært stor. Prosjektleder i Folkehelseprogrammet har imidlertid planer om å øke innsatsen mot rus og tobakk fremover.

4.8 Oppsummering

Mange skoler er involvert i aktiviteter og prosjekter i regi av Helsefremmende skoler i Telemark. Skolene ser ut til i stor grad prioritere aktivitetene til tross for det generelle inntrykket av at skolene har knappe ressurser og tilbud om å delta i mange prosjekter. Årsaken til dette ser ut til å være at skolene ser en tydelig sammenheng mellom aktivitetsnivå, kosthold og mulighetene for bedre konsentrasjon og læring hos elevene. Ved de skolene som vi gjennomførte intervjuer, var det dessuten en bevissthet rundt disse problemstillingene allerede før Folkehelseprogrammet. Samtidig mente de at Helsefremmende skole likevel hadde bidratt til å omgjøre interessen for temaet til konkrete tiltak på skolene. Et engasjement for helse, kosthold og fysisk aktivitet hos rektor og de ansatte er helt tydelig en forutsetning for at en skole skal lykkes med prosjektene. I tillegg har det stor betydning at skolen setter av personalressurser for å sette seg inn i og gjennomføre de ulike prosjektene og aktivitetene som skolene får tilbud om.

Aktiv skole og Gøy og trygg på sykkel er to prosjekter som ser ut til å ha vært vellykket. De har ført til mer fysisk aktivitet og kunnskap om ulike former for aktivitet og ferdsel. Felles for disse to prosjektene er at det er frivillige organisasjoner som har prosjektledelsen. Noe av suksessfaktoren i disse prosjektene kan derfor ligge i at prosjektledelsen har en egeninteresse av at prosjektene oppfyller sine mål. På den måten blir prosjektene mer selvgående, og det er en gjensidig nytte for organisasjonen og Helsefremmende skoler i at det oppnås konkrete resultater.

Også satsningen innenfor et sunnere kosthold ser ut til å gi konkrete resultater både ved de skolene vi intervjuet og i følge flere av informantene, også ved andre skoler. Prosjektet Fiskesprell har ført til økt bruk av vann, fisk og grønt i barnehagene, og i skolekantinene er kosthold og ernæring satt på dagsordenen. Det ser imidlertid ut til å være en tidkrevende prosess å innføre sunnere mat i kantinene. Spesielt gjelder dette kantinene på videregående skoler som drives av private og hvor skolene ikke har direkte kontroll med hva som tilbys. Kantineren hvor flesteparten av driverne deltar, har imidlertid startet en bevisstgjørings- og endringsprosess i forhold til innholdet i kantinene. Det påpekes at det må være et kontinuerlig fokus fra Helsefremmende skoler, slik at ikke brusen kommer fram igjen i de kantinene som har tatt den ut.

Når det gjelder målsettingen om å øke tilgjengeligheten og tilstedeværelsen for helsesøster, er det uklart om innsatsen har gitt konkrete resultater av betydning. På lengre sikt virker det sannsynlig at kartleggingen av helsesøsterressurs og bevisstgjøringen av kommuneledelsen om skolehelsetjenesten, kan ha effekt. Nettverket for skolehelsetjenesten kan en også se for seg at vil få positive ringvirkninger på lengre sikt ved at de ulike yrkesgruppene i skolehelsetjenesten styrker sitt samarbeid.

Flesteparten av de videregående skolene har vært med på Helsefremmende dialog, og erfaringene med denne måten å gå fram på ovenfor skolene er i følge informantene positiv. Tidligere bar kommunikasjonen med skolene mer preg av å være en kartlegging av skolens praksis på de ulike områdene. Dialogformen har vist seg å være mer virkningsfull i forhold til å skape endring ved skolene. Det hevdes videre at det er lettere å få dialog og gehør for forbedringsmuligheter hos skolene etter Folkehelseprogrammet, og spesielt etter helsefremmende dialog.

Utfordringen framover blir å få folkehelsekoordinatorene i kommunene til å følge opp med helsefremmende dialog på ungdomskolene. Til nå har folkehelsekoordinatorene i varierende grad vært involvert i prosjekter under Helsefremmende skoler. Helsefremmende dialog med skolene kan være en start på et tettere samarbeid mellom koordinatorene og ungdomskolene i samme kommune.

Formidling av gode eksempler, tips og erfaringer er vektlagt i Helsefremmende skoler. Gjennom de ulike nettverkene og konferansene får deltakerne økt kompetanse, inspirasjon til nytenking og det har bidratt til å skape nye kontakter. Et slikt fundament vil sannsynligvis bidra til at de ulike aktørene ønsker å videreføre samarbeidet og tiltakene, noe som er et uttalt mål for Helsefremmende skoler. Utveksling av erfaringer mellom aktører på samme nivå kan imidlertid styrkes ytterligere, eksempelvis ved å etablere en form for kontakt mellom skolene som er med i Aktiv skole.

Til nå har mesteparten av innsatsen i Helsefremmende skoler vært rettet mot kosthold og ernæring og fysisk aktivitet, mens psykisk helse og rus/tobakk har hatt mindre fokus. Det kan være mange årsaker til denne prioriteringen, og en av dem kan være at det i større grad finnes nasjonale opplegg og programmer for disse innsatsområdene. Dersom det skal bli mer tyngde i satsningen innenfor psykisk helse, synes det nødvendig at prosjektleder spiller en mer aktiv rolle og utvikler samarbeidet med andre aktører på fagfeltet. Det er også et mål om at Helsefremmende skoler skal bidra til at skolene skal være frie for tobakk, snus og rus. Dette målet er ikke konkretisert og derfor vanskeligere å si noe bastant om. Det ser imidlertid ut til at den moderate satsningen innenfor rus og tobakk i Helsefremmende skoler ikke har hatt en veldig stor virkning, og at skolene i større grad knytter seg til nasjonale kampanjer.

5. Vurderinger av tiltakene

I dette kapittelet har vi presentert resultatene fra fire mindre spørreundersøkelser rettet mot fire grupper, som på ulike måter har vært målgruppe for Folkeheleprogrammet:

- Ansatte i barnehager som har deltatt i Fiskesprell
- Rektorer på barne- og ungdomsskoler i hele fylket
- Rektorer på videregående skoler
- Kommuneledelsen (rådmenn og etats-/enhetsledere)

Undersøkelsene omfatter relativt få respondenter. Barnehageundersøkelsen har et bruttoutvalg på 55 personer, barne- og ungdomsskoleundersøkelsen et har 92 personer, undersøkelsen til de videregående skolene har 17 personer og undersøkelsen til kommuneledelsen omfatter 43 personer. Svarprosenten varierer mellom de fire undersøkelsene. I barnhageundersøkelsen er svarprosenten 46 %, barne- og ungdomsskoleundersøkelsen 41 %, undersøkelsen til de videregående skolene 82 % og undersøkelsen til kommuneledelsen 54 %. Alle fire undersøkelsene ble gjennomført elektronisk med bruk av Questback. I tillegg til våre egne undersøkelser av deltakere på Fiskesprell, har vi også referert til nasjonale undersøkelser av tiltaket Fiskesprell.

5.1 Barnehagene

Dette avsnittet baserer seg på spørreundersøkelsen rettet til barnehageansatte som har vært med på kurs i regi av prosjektet Fiskesprell. Med andre ord omfatter den bare de som har erfaring med prosjektet. Undersøkelsen omfatter spørsmål om hvilke kurs de hadde vært med på, vurderinger av kursene, samt virkninger av kursene i de aktuelle barnehagene.

Av de 25 som svarte på undersøkelsen var det 6 som oppga at de ikke hadde deltatt, men skulle delta på et senere tidspunkt. Det er dermed 19 respondenter som svarte på spørsmålene om erfaringene de hadde hatt med Fiskesprell. Av de 19 respondentene var det 12 som svarte at de både hadde deltatt på inspirasjonskurs og

praktisk/teoretisk kurs om fisk og ernæring. Videre var det 6 som svarte at de bare hadde deltatt på kurs om fisk og ernæring, og én som bare hadde deltatt på inspirasjonskurset.¹²

Tilbakemeldingene på selve kurset er gjennomgående gode. Hele 17 av 19 deltakere svarte at inspirasjonskurset hadde vært ganske eller meget bra (11 svarte at det var meget bra). Videre var det 13 av 15 som mente kurset om ernæring og fisk hadde vært ganske eller meget bra (7 svarte meget bra). I tilknytning til dette spørsmålet ba vi også respondentene oppgi eventuelle forhold som kunne forbedres. Fire av respondentene svarte på dette spørsmålet. Gjennomgående går kommentarene ut på at materialet allerede var kjent for deltakerne. Én etterlyser også en mer kreativ pedagogisk fremlegging på kursene. Følgende kommentar kan stå som illustrasjon:

”Vi følte at det var lite nytt som kom frem på disse samlingene. Men det kan være pga at vi har hatt fokus på dette i mange år utenom å være med i Fiske-sprell. Men det som er bra med å være med i et prosjekt er at man får det mer ned på agendaen og inn i planer og evaluering.”

På spørsmål om deltakerne synes nivået på presentasjonene/foredragene var for høyt, passe eller for lavt, var det også et stort flertall som syntes det var passe. Bare 2 av 17 svarte at det var for lavt. Kommentarene nevnt over, synes derfor å være representative kun for et mindretall av deltakerne. Et siste spørsmål som går på innholdet i kurset, var om det utdelte materialet deltakerne hadde fått, hadde vært nyttig. Her svarte 7 av 19 at materialet i stor grad hadde vært nyttig, mens 11 svarte at det i noen grad hadde vært nyttig. Bare én svarte at det i liten grad hadde vært nyttig.

¹² I følge prosjektleder har alle barnehagene hatt representanter både på inspirasjonskurs og praktisk/teoretisk kurs. Årsaken til at enkelte svarer at de ikke har deltatt på ett av kursene, henger sannsynligvis sammen med at de som har svart på undersøkelsen, ikke nødvendigvis har deltatt på begge deler.

Tabell 5.1 I hvilken grad deltakerne i Fiskesprell opplever at kurset har skapt mer kunnskap, gitt mer motivasjon og bidratt til mer bruk av sjømat i barnehagen. Antall skoler.

	Ja, i stor grad	Ja, i noen grad	Ja, men i liten grad	Nei
Mer kunnskap	10	7	2	0
Mer motivasjon	11	7	1	0
Mer bruk av sjømat	12	6	0	1

I undersøkelsen hadde vi også tre spørsmål som angikk virkningen av Fiskesprell på de ansattes kunnskap om sjømat, motivasjon til å bruke sjømat og faktisk bruk av sjømat i barnehagene. På det første spørsmålet svarte 10 av 19 at det i stor grad hadde bidratt til økt kunnskap, 7 svarte i noen grad og 2 i liten grad. På det andre spørsmålet om motivasjon finner vi tilsvarende svar. Her var det 11 som mente at de i stor grad var blitt motivert til å benytte sjømat, 7 mente i noen grad og én i liten grad. På det tredje spørsmålet om kurset hadde bidratt til at de har fisk til måltidene oftere enn før, svarte 12 at de i stor grad hadde benyttet mer fisk, 6 svarte i noen grad og én svarte nei.

I tilknytning til det siste spørsmålet om bruk av sjømat i barnehagen, hadde vi også et åpent spørsmål. Vi kan dele disse kommentarene i tre typer. Den første går ut på at barnehagen allerede har sunt kosthold i barnehagene, og at effekten av Fiskesprell derfor er mer beskjeden. En av disse peker på at kurset likevel har bidratt positivt og en annen at de nå er flinkere til å dokumenter kostholdet. Den andre typen kommentar går ut på at Fiskesprell har hatt en klarere effekt på kostholdet. En av disse peker på at sortimentet har økt og at de alltid har minimum 3 slag fiskemat på bordet. En annen viser til at de i løpet av høsten har hatt ett fiskemåltid i uken. Den tredje kommentaren peker på at bruken av sunnere kosthold ikke bare har sammenheng med informasjon og kunnskap, slik Fiskesprell går ut på, men også på andre faktorer som pris og tilgjengelighet.

Til slutt i spørreskjemaet til barnehagene hadde vi også et åpent spørsmål der vi ba respondentene oppgi andre kommentarer i forbindelse med Fiskesprell. Gjennomgående viser disse kommentarene til virkninger Fiskesprell har hatt i barnehagen. Alle kommentarene er også positive i den forstand at kursene synes å ha hatt virkning på barnas holdninger og forbruk av fisk. Følgende sitat er representativt for disse kommentarene:

”Vi har hatt nytte av å delta i fiskesprell. Vår barnehage har innført en dag pr uke hvor vi kun serverer fisk og sjømat til hovedmåltidet. Vi har fått tips og veiledning til enkle fiskeretter for barn. Det har også vært et pluss at foreldrene har fått tatt del i prosjektet bl.a. ved deltagelse på inspirasjonskveld og at de selv har tatt initiativ til krabbekoking i barnehagen.”

Gjennomgående ser vi at de aller fleste som har svart på undersøkelsen er positive til kursene, og de mener samtidig at det har hatt en virkning på kostholdet i barnehagen. Samtidig må vi også ta hensyn til at det er i underkant av halvparten som har svart på undersøkelsen. Det betyr at vi ikke kan se bort i fra at utvalget er skjevt, og at det er de med mest positive erfaringer som har svart på undersøkelsen.

Fiskesprell har også vært gjenstand for undersøkelser i andre deler av landet, bl.a. to bacheloroppgaver fra Høyskolen i Akershus. I den ene konkluderer det med at: ”Et tiltak som Fiskesprell kan være med på å øke inntaket av fisk og annen sjømat i barnehagene” (Eriksen og Hagle 2009). Samtidig påpekes det en fare for at virkningene kan være kortvarige siden intervjuene ble gjennomført kort tid etter gjennomførte kurs. Undersøkelsen er gjennomført med bruk av kvalitative intervjuer ved seks barnehager i Akershus. Den andre oppgaven konkluderer med at: ”Fiskesprellkurset hadde ikke økt forbruket av fisk og sjømat, men hadde endret bruken av fisk og sjømat ved at det lages mer varierte fiskeretter enn før til varmmat, og fiskekaker og fiskeboller er byttet ut med fiskefilet” (Haglund og Martinsen 2009). I denne undersøkelsen ble det benyttet tilsvarende kvalitativ metode ved fire barnehager i Akershus. I en masteroppgave fra Universitetet i Tromsø, som har sett på Fiskesprells virkning på barnas holdninger til sjømat, konkluderes det med at barna i Fiskesprellbarnehagen ga tegn på at deres holdninger var både sterkere og mer positiv til sjømat enn den andre barnehagen (Siri Alm 2009). Undersøkelsen baserer seg på intervjuer med barn fra to barnehager i Tromsø, der den ene hadde vært med i Fiskesprell og den andre ikke. En fjerde undersøkelse som også kan nevnes, er gjennomført med hjelp av en spørreundersøkelse overfor 30 barnehager i Telemark, Rogaland og Nord-Trøndelag. Langt på vei er resultatene fra denne undersøkelsen i tråd med våre egne funn. De fleste barnehagene rapporterer om at kurset både har gitt økt kunnskap og mer bruk av sjømat i barnehagene.¹³

¹³ Resultatene er hentet fra et notat utgitt av Fiskesprell.

5.2 Skoleundersøkelsen

Denne undersøkelsen baserer seg på et utvalg av rektorer i barne- og ungdomsskolene og de videregående skolene i Telemark. Undersøkelsen omfatter spørsmål om kjennskap til Folkehelseprogrammet og programområdet Helsefremmende skoler, hvorvidt skolene har hatt kontakt med prosjektleder for Helsefremmende skoler, deltakelse i aktiviteter innenfor programområdet, samt spørsmål om programområdets virkning ved skolen. I alt var det 52 rektorer som svarte på undersøkelsen. Av disse var 25 fra barneskoler, 10 fra ungdomsskoler, 3 fra kombinerte barne- og ungdomsskoler og 14 fra videregående skoler. I undersøkelsen til barne- og ungdomsskolene, fikk vi svar fra skoler i 11 av fylkets 18 kommuner.

Samlet svarer opp mot 60 % av rektorene at de kjenner ganske eller meget godt til Folkehelseprogrammet. Kjennskapen til programmet er best blant rektorene i de videregående skolene. Blant disse svarer hele 12 av 13 at de kjenner ganske eller meget godt til programmet. Det er ingen vesentlige forskjeller i kjennskapen til programmet mellom barne- og ungdomsskolerektorene.

Det er videre 75 % av rektorene som svarer at de har ganske eller meget god kjennskap til programområdet Helsefremmende skoler. Med andre ord er kjennskapen til det aktuelle programområdet bedre enn kjennskapen til Folkehelseprogrammet som helhet. Det er ikke overraskende siden skolene først og fremst har hatt befattning med programområdet Helsefremmende skoler. Kjennskapen til Helsefremmende skoler er størst blant rektorene i de videregående skolene. Samtlige svarer at de i stor eller noen grad kjenner programområdet (av disse svarer 9 av 14 at de i stor grad kjenner programområdet og 5 at de i noen grad kjenner til det). Det er noe mer blandet kjennskap til programområdet blant rektorene i barne- og ungdomsskolene. Blant barneskolerektorene er det 16 av 25 som svarer at de har stor eller noe kjennskap til programområdet og tilsvarende 8 av 12 ungdomsskolerektorer.

Tabell 5.2 Skolenes deltakelse i ulike prosjekter innenfor programområdet Helsefremmende skoler (antall skoler).

	Ja	Nei	Vet ikke	Ikke aktuelt/blank	Totalt
Barneskole					
Gøy og trygg på sykkel i Telemark	22	5	1	0	28
Kurs om kosthold for SFO-ansatte	11	14	0	3	28
Programmer innen psykisk helse	2	14	5	7	28
Tiltak innen rus og tobakk	1	15	1	11	28
Ungdomsskole					
Aktiv skole	7	3	2	1	13
Veiledning i drift av og innhold i skolekantine	5	5	2	1	13
Programmer innen psykisk helse	5	4	1	3	13
Tiltak innen rus og tobakk	5	5	1	2	13
Videregående					
Veiledning i drift av og innhold i skolekantine	13	1	0	0	14
Programmer innen psykisk helse	13	0	1	0	14
Tiltak innen rus og tobakk	9	1	1	3	14

Tabell 5.2 viser hvor mange av skolene i utvalget som svarer at de har deltatt i ulike prosjekter innenfor programområdet Helsefremmende skoler. I undersøkelsen stilte vi spørsmål både om prosjekter som var rettet inn mot de ulike skolenivåene og om to mer generelle tiltaksområder (psykisk helse og rus/tobakk). Gjennomgående ser vi at forholdsvis mange av skolerektorene svarer at de har deltatt i de ulike prosjektene. Mest aktivitet synes det å ha vært ved barneskolene og de videregående skolene. Vi ser bl.a. at 22 av 28 barneskolerrektorere svarer at deres skole har deltatt i prosjektet "Gøy på sykkel" (ca 80 %).¹⁴ Det er imidlertid bare 11 av 28 rektorere som svarer at ansatte ved SFO har deltatt på kurs om kosthold for SFO-ansatte. Barneskolene har også bare unntaksvis deltatt i prosjekter innen psykisk helse eller rus/tobakk. Dette er for så vidt ikke overraskende siden disse problemstillingene er mest aktuelle i høyere skoletrinn.

¹⁴ De tre skolene som både er barne- og ungdomsskole, er regnet med både innenfor kategorien barneskoler og ungdomsskoler. Det betyr med andre ord at svarene fra de tre skolene er telt opp to ganger i tabellen.

I forhold til prosjektet Aktiv skole, svarer 7 av de 13 ungdomsskolerektorene at skolen har deltatt i dette prosjektet. Videre ser vi at det er 5 av 13 skoler som har vært med på de tre øvrige tiltakene eller aktivitetene. Når det gjelder områdene psykisk helse og rus/tobakk, må vi imidlertid ta forbehold om at skolene kan ha vært involvert i andre prosjekter enn det som har vært i regi av Folkehelseprogrammet.

Alle de videregående skolene som har svart på undersøkelsen, har vært med på ett eller flere av prosjektene i regi av Folkehelseprogrammet. Bl.a. svarer 13 av 14 rektorer at skolen har fått veiledning i drift av og innhold i skolekantine. Tilsvarende ser vi at 13 av 14 svarer at de har vært med på tiltak innen psykisk helse, og 9 av 14 skoler svarer at de har vært med på tiltak i forbindelse med rus/tobakk. Siden psykisk helse og rus/tobakk i liten grad er vektlagt innenfor Folkehelseprogrammet, er det imidlertid trolig at dette først og fremst dreier seg om nasjonale programmer skolene har vært med på.

I undersøkelsen til barne- og ungdomsskolene spurte vi også om rektorene hadde mottatt brev fra prosjektet ”Helsefremmende skoler” om skolehelsetjenesten/helsesøsterressursen i kommunen. Responsen her var noe blandet. I alt var det 10 av rektorene som svarte at de hadde mottatt et slikt brev, mens 18 svarte at de ikke hadde mottatt brevet. Videre var det 10 av rektorene som svarte at de ikke visste. Med andre ord er det omtrent 1/4 av rektorene som bekrefter at de har mottatt brevet. Vi finner ingen forskjeller mellom rektorene i barneskolene og ungdomsskolene. Derimot finner vi at skolene i Skien skiller seg ut ved at bare 1 av 10 rektorer svarer at de har mottatt det aktuelle brevet. Av de 10 rektorene som svarte at de hadde mottatt brevet, var det bare én som mente at brevet i noen grad hadde bidratt til å styrke helsesøsterressursene ved skolen. I tillegg var det tre rektorer som svarte at brevet hadde bidratt til å styrke helseressursene, men da i liten grad. Fem av rektorene svarte at brevet ikke hadde hatt noen virkning, mens én svarte vet ikke. Med andre ord synes ikke brevet om skolehelsetjenesten/ helsesøsterressursen – sett fra rektorenes ståsted – å ha hatt særlig stor virkning i forhold til å styrke ressursene til skolehelsetjenesten.

Til slutt i skoleundersøkelsen stilte vi også noen spørsmål om rektorenes vurdering av programmets virkning på skolen. Her inngikk spørsmål om kostholdet i kantinene, fysisk aktivitet i friminuttene, om rus/tobakk og generelt om bevisstgjøring av helse.

Tabell 5.3 Rektorenes vurderinger av virkningen Helsefremmende skoler har hatt. Antall skoler.

	Ja, i stor grad	Ja, i noen grad	Ja, men i liten grad	Nei	Ubesvart	Totalt
Barneskole						
Elevene har blitt mer fysisk aktive f.eks. i midttimer, friminutter eller på skoleveien?	4	8	3	11	2	28
Skolen har blitt mer bevisst på å gjøre helsefremmende valg?	4	7	3	9	5	28
Ungdomsskole						
Fått en kantine med færre sukkerholdige varer og flere sunne alternativer?	2	5	3	2	1	13
Elevene har blitt mer fysisk aktive f.eks. i midttimer, friminutter eller på skoleveien?	4	3	3	2	1	13
Skolen har fått mer ressurser og/eller kompetanse i å håndtere psykisk helse hos elevene?	1	4	2	5	1	13
Mindre rus og tobakk på skolen?	0	6	2	4	1	13
Skolen har blitt mer bevisst på å gjøre helsefremmende valg?	3	7	1	1	1	13
Videregående						
Fått en kantine med færre sukkerholdige varer og flere sunne alternativer?	7	3	3	0	1	14
Elevene har blitt mer fysisk aktive f.eks. i midttimer, friminutter eller på skoleveien?	1	3	6	2	2	14
Skolen har fått mer ressurser og/eller kompetanse i å håndtere psykisk helse hos elevene?	1	7	2	2	2	14
Mindre rus og tobakk på skolen?	3	3	3	2	3	14
Skolen har blitt mer bevisst på å gjøre helsefremmende valg?	6	6	1	0	1	14

Tabell 5.3 viser hvordan rektorene ved de ulike skolene vurderer virkningen av programområdet Helsefremmende skole. Den største virkningen ser ut til å ha vært i forhold til bevisstgjøring av skolene til å gjøre helsefremmende valg. Dette gjelder både i ungdomsskolene og i de videregående skolene. Her svarer de fleste skolene at programmet har bidratt i stor eller noen grad (10 av 13 ungdomsskoler og 12 av 14 videregående skoler). Ved barneskolene er det derimot bare 11 av 28 rektorer som svarer det samme (40 %).

I forhold til det øvrige spørsmålene om kosthold, fysisk aktivitet, ressurser/kompetanse og rus/tobakk, ser vi at det gjennomgående er omtrent halvparten

av rektorene som svarer at programmet har bidratt i stor eller noen grad. Det er imidlertid noen avvik fra dette generelle mønstret. For det første ser vi at det bare er 5 av 13 rektorer i ungdomsskolene som svarer at skolen har fått mer ressurser eller kompetanse til å håndtere psykisk helse hos elevene (ca. 40 %). For det andre ser vi at det er bare 4 av 14 rektorene ved de videregående skolene som svarer at elevene har blitt mer fysisk aktive (ca. 30 %). Samtidig har fysisk aktivitet ikke vært noe sentralt satsingsområde overfor de videregående skolene. Derimot har man satset mer på kosthold ved de videregående skolene, noe som også gjenspeiler seg i resultatene. Ved de videregående skolene svare nemlig 10 av 14 rektorer at de har fått en kantine med færre sukkerholdige varer og flere sunne alternativer (ca. 70 %).

I forbindelse med spørsmålet om virkningene av Helsefremmende skole, stilte vi også et åpent spørsmål om andre virkninger. Det var kun en av kommentarene som pekte konkret på andre virkninger. Dette gjaldt en videregående skole hvor elevene deltok i prosjektet "Livsglede for eldre". Et par av de øvrige kommentarene kan også trekkes frem, men da mer som illustrasjon på metodiske problemer med denne typen målinger som vi har benyttet her. I det ene eksemplet viser kommentaren til at virkningene ved skolene ikke nødvendigvis ene og alene skyldes programinn-satsen i Helsefremmende skole.

Resultatene ovenfor skyldes ikke bare folkehelseprogrammet - men også skolenes fokus gjennom flere år og uavhengig av dette programmet - men klart at det har bidratt!

Med andre ord er det ikke nødvendigvis slik at bedring i kosthold, fysisk aktivitet eller andre ting ene og alene har bakgrunn i programmet Helsefremmende skoler. Innsatsen på skolene må også ses i sammenheng med den generelle fokuseringen som har vært på kosthold og fysisk aktivitet i andre sammenhenger, for eksempel i media.¹⁵ Dette tilsier at vi kanskje risikerer å overvurdere virkningene av selve programmet. Den andre kommentaren peker faktisk på det motsatte, nemlig at vi også kan risikere å undervurdere virkningen. Av andre effekter nevner denne rektoren et tiltak som er gjennomført i og av den aktuelle kommunen, og med samme målset-

¹⁵ Her må det legges til at Folkehelseprogrammet også har vært en viktig bidragsyter for å få folkehelse på dagsorden i de lokale mediene.

ting og formål som Helsefremmende skole. I kommentaren understrekes det imidlertid at denne effekten er et resultat av kommunens egen satsing, ikke Folkehelseprogrammet. Samtidig kjenner vi til at det aktuelle prosjektet faktisk er delfinansiert av Folkehelseprogrammet. Med andre ord illustrerer eksemplet at Folkehelseprogrammet godt kan ha vært inne med finansiering eller annen støtte, uten at dette nødvendigvis har vært synlig for rektorene i undersøkelsen. Effekten vil i så fall være motsatt av den forrige, dvs. at vi undervurderer betydningen av programmet. Til slutt i skoleundersøkelsen, ba vi også om eventuelle kommentarer – positive eller negative – til Folkehelseprogrammets betydning ved den aktuelle skolen. Flere av barneskolerektorene kommenterer her at de verken har kjennskap til programmet eller deltatt på noen måte. Dette gjenspeiler nok det at barneskolene i mindre grad har vært gjenstand for brede satsinger slik som det har vært overfor ungdomsskolene og de videregående skolene. Unntaket er imidlertid prosjektet ”Gøy og trygg på sykkel” som flere av rektorene ved barneskolene også har mange positive kommentarer til. Ellers viser flere av kommentarene fra barneskolerektorene til at man har oppnådd eller gradvis vil oppnå holdningsendringer blant elevene gjennom denne typen tiltak. En rektor er også spesifikk på at aktiviteten må pågå over tid for å oppnå varige holdningsendringer.

Kommentarene fra ungdomsskolerektorene går dels ut på at de har oppnådd virkninger i forhold fokus på helsefremmende tiltak generelt og bedre kosthold spesielt, og dels på at Helsefremmende skoler bare har hatt en begrenset betydning. Kommentarene som viser til at programmet bare har hatt en begrenset betydning, begrunner dette med at de har hatt ulike egeninitierte aktiviteter gående før prosjektet ble lansert ved skolene. Dette peker samtidig på at det nok er lettere å få innpass (for prosjektet Helsefremmende skoler) ved skoler som allerede har fokusert på disse tingene, enn på skoler som i utgangspunktet er mer passive.

Kommentarene fra rektorene ved de videregående skolene er gjennomgående positive, i den forstand at de fleste svare at satsingen på kosthold har vært positiv for skolen. Ut over dette går en av kommentarene ut på at det vil være viktig å spre de gode erfaringene man oppnår. En annen av kommentarene viser på sin side til at fokus på kosthold er greit og riktig, men at det ikke bør ta for mye fokus fra kjernevirksomheten. Den siste kommentaren peker således på den spenningen som kan oppstå mellom en mer altoverskyggende aktiviteter som folkehelsen er, og sektorinteressene innenfor for eksempel skolen. Det å lykkes med å forene mer altomfat-

tende programmer med sektorinteresser, avhenger sannsynligvis av hva slags metode som benyttes, noe den førstnevnte kommentaren også er inne på.

5.3 Kommuneledelsen

I kommuneundersøkelsen sendte vi skjema til kommunens ledelse, herunder rådmann, etatssjefer og/eller enhetsledere. I alt fikk vi svar fra 23 personer hvorav 7 rådmenn, 6 fra ledere innen oppvekstenheter og 10 fra enheter innen helse, velferd og omsorgsenheter. I denne undersøkelsen fikk vi videre svar fra 12 av fylkets 18 kommuner. Undersøkelsen omfatter spørsmål om kjennskap til Folkehelseprogrammet og tilhørende programområder/prosjekter, om folkehelse er innlemmet i kommuneplanene, om folkehelsekoordinatoren i de aktuelle kommunene, samt om programmets betydning i kommunen.

Det viser seg at kommuneledelsen har rimelig god kjennskap til Folkehelseprogrammet. I alt svarte 16 av 23 ledere at de kjenner programmet ganske eller meget godt. Vi finner ingen vesentlige forskjeller i kjennskapen til programmet mellom de ulike lederfunksjonene.

Tabell 5.4 Kommuneledelsens kjennskap til ulike programområder/prosjekter innenfor Folkehelseprogrammet. Antall.

	Ja, i stor grad	Ja, i noen grad	Ja, men i liten grad	Nei	Blank	Totalt
"Helsefremmende skoler"	6	5	2	7	3	23
"Gøy og trygg på sykkel"	6	7	2	6	2	23
"Den kulturelle spaserstokk"	7	13	3	0	0	23
"Aktiv skole i Telemark"	3	5	5	8	2	23
"Aktiv senior i Telemark"	2	3	9	7	2	23
"Helse i plan"	0	4	9	9	1	23
"Fiskesprell"	8	1	4	7	3	23
Kommunehelseprofiler	3	8	2	8	2	23
Orienteringsbrev om helsesøsterressurser	6	3	6	7	1	23
Sunnere kost i skolekantiner	3	6	6	6	2	23

Tabell 5.4 viser kommuneledelsens kjennskap til ulike programområder/prosjekter innenfor Folkehelseprogrammet. Vi ser at kommuneledelsen faktisk har best kjenn-

skap til prosjektet ”Den kulturelle spaserstokk”. Noe av årsaken til dette kan være at dette er et nasjonalt prosjekt, og at de har hørt om dette prosjektet via Kultur og kirke departementets invitasjon til å søke om midler. Vi ser videre at det er omtrent halvparten som kjenner til Helsefremmende skoler, Gøy og trygg på sykkel og kommunehelseprofilene som er utarbeidet i forbindelse med Folkehelseprogrammet.

Vi finner at det er overraskende få som kjenner til følgende tre programområder/tiltak: Aktiv skole, Aktiv senior og Helse i plan. Det er bare 8 av 23 ledere som har kjennskap til prosjektet Aktiv skole. Forklaringen er sannsynligvis at dette prosjektet først og fremst berører ledere av oppvekstsektoren. Det viser seg også at lederne av denne sektoren kjenner prosjektet klart bedre enn både rådmenn og ledere av andre sektorer. Vi ser at det også bare er 5 av 23 som kjenner til prosjektet Aktiv senior i Telemark. Forklaringen er sannsynligvis den samme som for Aktiv skole, nemlig at Aktiv senior naturlig hører hjemme innenfor sektorområdene helse, velferd og omsorg. En nærmere gjennomgang av datamaterialet viser også at tre av de som har kjennskap til dette prosjektet, er ledere av sektorene helse, velferd og omsorg (de to andre er rådmenn). Samtidig er det også ledere av disse sektorene som ikke kjenner til prosjektet. I forhold til Helse i plan, er det bare 4 av 23 som svarer at de i noen grad kjenner til dette aktuelle prosjektet. Dette til tross for at Helse i Plan er et nasjonalt prosjekt og inngår som en del av Folkehelseprogrammet i Telemark. Resultatet er imidlertid i tråd med inntrykket fra de kvalitative intervjuene i evalueringen, der det går frem at arbeidet med å få folkehelse inn i kommuneplanene ikke har vært vektlagt godt nok i programperioden.

I undersøkelsen til kommuneledelsen hadde vi også et mer konkret spørsmål om folkehelse var innlemmet i kommunenes kommuneplaner. I spørsmålet definerte vi da begrepet *innlemmet* som at planen(e) inneholdt enten: a) en situasjonsbeskrivelse av helsesituasjonen i kommunen, b) mål knyttet til befolkningens helse, eller c) tiltak/virkemidler som har til hensikt å bedre innbyggernes helse. Av de 12 kommunene som inngikk i undersøkelsen, var det 6 av 12 kommuner som svarte at folkehelse inngikk i kommuneplanen (langsiktig del), og 8 av 12 som svarte at det var innlemmet i kommuneplanens handlingsplan (kortsiktig del). Det er for øvrig interessant å observere at ledelsen internt i de enkelte kommunene er noe uenige i om folkehelse inngår eller ikke i kommuneplanen. I et par av kommunene svarer nemlig lederen av oppvekstsektoren at de *ikke* har innlemmet folkehelse, mens lederen

av sektoren helse, velferd og omsorg svarer at det inngår. Forklaringen på dette kan enten være at man tolker folkehelse ulikt, eller at folkehelse bare er innlemmet i forhold til den ene sektoren (helse, velferd og omsorg) og ikke i den andre (oppvekst). I tilknytning til dette spørsmålet hadde vi også et åpent spørsmål der vi ba respondentene utdype hvordan folkehelseperspektivet er innlemmet i planene. De fleste svarer her at det enten er innlemmet i hovedmål og delmål, eller i form av tiltak og virkemidler. I en av kommunene vises det også til at ved neste rullering av kommuneplanen vil folkehelse være en av de grunnleggende dimensjonene. Kommentaren kan tyde på at folkehelse vil få en ennå større plass i kommuneplanen enn den har hatt til nå.

Kommuneledelsen fikk også et spørsmål om de hadde hatt kontakt med folkehelsekoordinatoren i kommunen. Siden alle kommuner ikke har folkehelsekoordinator, var dette spørsmålet bare aktuelt for 10 av de 12 kommunene vi fikk svar fra. På spørsmål om hvor ofte de aktuelle lederne hadde vært i kontakt med kommunens koordinator, svarte 17 av de 20 aktuelle lederne at de hadde vært i kontakt med den aktuelle koordinatoren. Samtidig svarte bare 4 av de 20 lederne at de ukentlig hadde kontakt med koordinatoren, og 6 at de hadde kontakt månedlig. Det betyr at 7 av de 20 lederne hadde hatt kontakt sjeldnere enn månedlig. Når vi tar med at 3 av lederne også svarte at de aldri hadde hatt kontakt med koordinatoren, indikerer dette at flere av koordinatorene sitter forholdsvis langt fra kommuneledelsen. Resultatene kan tyde på at koordinatorene gjennomgående har mer kontakt med lederne i oppvekstenhetene enn både rådmenn og leder av sektorene helse, omsorg og velferd.

Til slutt i kommuneundersøkelsen stilte vi et par spørsmål om virkningen av Folkehelseprogrammet i den aktuelle kommunen. Det første spørsmålet var generelt, og dreide seg om kommuneledelsen opplevde at Folkehelseprogrammet hadde bidratt til at det var mer fokus på folkehelse enn tidligere. Det andre spørsmålet var om kommuneledelsen kjente til konkrete prosjekter, og hvorvidt disse hadde bidratt til folkehelsen i kommunen. På det første spørsmålet svarte 5 av 23 ledere at programmet i stor grad hadde bidratt til folkehelsen, mens 11 av 23 svarte at det i noen grad hadde bidratt. Det betyr at 7 av lederne mente at programmet ikke hadde bidratt, eller hadde bidratt i liten grad. Det er i størst grad lederne av oppvekstsektoren som svarer at programmet har hatt betydning. I tilknytning til dette spørsmålet ba vi også om utdypende kommentarer. Generelt går disse kommenta-

rene ut på at folkehelse har blitt satt på dagsorden, blitt mer synlig eller at det er skapt mer bevissthet omkring folkehelse. En av kommentarene berører også forholdet mellom folkehelse og sektortenkningen, og peker på at folkehelsens påvirkning kan ha en positive virkninger:

”Hverdagen er travel for de fleste og ukene mer enn fylles med de daglige gjøremålene. I en slik setting er det både formålstjenelig og effektivt at noen kan ha et spesielt fokus på et saksområde og som kan utfordre rutiner og prioriteringer.”

På spørsmålet om kommuneledelsen hadde kjennskap til konkrete folkehelseprosjekter i de respektive kommunene, svarte hele 22 av 23 bekreftende. Når vi videre spurte hvor godt eller dårlig de mente prosjektet hadde bidratt til folkehelsen i kommunen, svarte 14 av 22 at prosjektet hadde bidratt ganske eller meget godt (ca. 40 %). Også her finner vi at lederne av oppvekstsektoren i størst grad mener at prosjektene har gitt et positivt bidrag. I kommentarene til dette spørsmålet finner vi mye av de samme kommentarene som er nevnt over. Ut over dette, peker en av informantene på utfordringene med å nå bredt ut og inn i de ulike sektorene med folkehelseperspektivet:

”Er usikker på om organisering kan ha betydning for resultat/eventuelt manglende resultater. Lett for at det blir for lite integrert i daglig drift og dermed bare opplevd som ’særinteressenes arena’. Kan også lett bli litt opplevd som at folkehelsekoordinatoren kommer i en slags formynderrolle.”

En annen av kommentarene peker på at implementeringen av folkehelse er tidkrevende, og at programmet derfor bør fortsette:

”Med utgangspunkt i nasjonale føringer og planverk bør folkehelseprogrammet videreføres og om mulig styrkes i kommende 3-5-årsperiode. Det vil gi programmet tid til å få prosjektrelaterte oppgaver over i mer faste og varige former.”

De to siste sitatene peker med andre ord på noen av de utfordringene som kan oppstå ved implementering av folkehelseprogrammet, både i forhold til andre sektorer og i forhold til tid. Det siste sitatet er indirekte også inne på at Folkehelseprogrammet er i tråd med fremtidige nasjonale føringer, med den implikasjon at programmet derfor bør videreføres.

5.4 Oppsummering

I dette kapitlet har vi presentert resultatene fra spørreundersøkelser som ble sendt ut til barnehager, rektorer i barne- og ungdomsskoler, samt rektorer i de videregående skolene i Telemark.

Undersøkelsen rettet mot barnehagene tok spesielt for seg prosjektet Fiskesprell. I undersøkelsen stilte vi spørsmål om kvaliteten på selve kurset, og om virkningen kurset hadde hatt på kostholdet i barnehagene. Tilbakemeldingene på kurset er gjennomgående gode. Nesten samtlige svarte at kurset hadde vært ganske eller svært bra. De aller fleste mente også at nivået på kursene var passe og at materialet de hadde fått utdelt var nyttig. Det var også et stort flertall av barnehagene som svarte at deltakelsen på Fiskesprell i noen eller stor grad hadde bidratt til mer kunnskap, motivasjon bruk av mer sjømat i barnehagen. Vi hadde også et åpent spørsmål i spørreskjemaet der respondentene kunne utdype sine svar. Her finner vi tre typer kommentarer som nyanserer bildet over noe. Den første er at de allerede har et sunt kosthold i barnehagen, og at nettoeffekten av selve Fiskesprell er begrenset. Den andre kommentaren går ut på at bruken av sunnere kost, også begrenses av tilgjengelighet og pris, ikke bare kunnskap og motivasjon. Vi må også ta forbehold om at de som svarer på undersøkelsen, også er de som har best erfaringer med Fiskesprell. Våre resultater er imidlertid i tråd med det vi finner i andre undersøkelser.

I undersøkelsen rettet mot rektorene i skolene, stilte vi spørsmål om kjennskapen til Folkehelseprogrammet (og enkelte delprosjekt), hvorvidt skolene hadde deltatt i ulike tiltak og programmets virkning på skolen. Samlet for både barne-, ungdoms- og videregående skoler, svarte 3 av 5 rektorer at de hadde ganske eller meget god kjennskap til Folkehelseprogrammet. På spørsmål om kjennskapen til programområdet Helsefremmende skoler, var andelen noe større (3/4). Det er rektorene i de videregående skolene som har best kjennskap til både Folkehelseprogrammet og Helsefremmende skoler. Det betyr at en del av rektorene ved barne- og ungdomsskolene oppgir å ha dårlig kjennskap til programmet. Noe av det samme mønsteret finner vi i forhold til deltakelse i ulike prosjekter under programområdet Helsefremmende skoler. En stor del av skolene har deltatt i ett eller flere prosjekter, men aktiviteten synes å være størst ved de videregående skolene. Det er imidlertid forholdsvis mange barneskoler som oppgir å ha vært med på prosjektet "Gøy og trygg

på sykkel”. På spørsmål om virkningen av programmet på skolen, er svarene noe blandet. Gjennomgående ser vi at det er omtrent halvparten av rektorene som mener at programmet har hatt betydning for den fysiske aktiviteten, kostholdet og bevisstheten om å gjøre helsefremmende valg. Vi finner imidlertid noen avvik fra dette mønstret. For det første er det forholdsvis mange rektorer ved de videregående skolene som svarer at de har fått en sunnere kantine. Dernest ser vi at spesielt rektorene i ungdomsskolene og de videregående skolene rapporterer at skolen har blitt mer bevisst på å gjøre helsefremmende valg. På den andre siden er det relativt få rektorer i den videregående skolen som rapporterer at elevene har blitt mer fysisk aktive.

I kommuneundersøkelsen sendte vi spørreskjema til kommunens ledelse. Undersøkelsen omfattet bl.a. spørsmål om kjennskap til Folkehelseprogrammet, om folkehelse er innlemmet i kommuneplanen og programmets betydning for kommunen. Resultatene viste at 70 % kjente til Folkehelseprogrammet i noen eller stor grad. Best kjennskap har de til prosjektet ”Den kulturelle spaserstokken”, noe som sannsynligvis har sammenheng med den nasjonale markedsføringen av dette programmet. Samtidig er det overraskende få som kjenner til prosjektene Aktiv skole, Aktiv senior og Helse i plan. Av de 12 kommunene vi fikk svar fra, var det videre 6 som hadde innlemmet folkehelse i kommuneplan og 8 som hadde innlemmet folkehelse i handlingsplanen. På spørsmål om ledelsens kontakt med helsekoordinatoren i kommunen (for de som hadde helsekoordinator), viste det seg at kontakthyppigheten var noe blandet. Omtrent halvparten av de aktuelle lederne svarte at de hadde relativt sjeldent kontakt med koordinatoren. Vi fikk også noe blandede svar i forhold til spørsmålet om virkningen av Folkehelseprogrammet i kommunen. Omtrent 2/3 av lederne svarte at programmet hadde bidratt til folkehelsen i kommunen. Det er i størst grad lederne for oppvekstsektorene som gir uttrykk for at programmet har hatt betydning.

6. Programorganisering

I dette kapitlet har vi tatt for oss den tredje hovedproblemstillingen i evalueringen, dvs. måten Folkehelseprogrammet er organisert på. Hovedformålet med kapitlet er å undersøke hvordan partnerskapsmodellen har fungert og hvorvidt modellen er hensiktsmessig, sett i forhold til programmets målsettinger. Kapitlet baserer seg dels på dokumenter – først og fremst møtereferater og partnerskapsavtaler – og dels på intervjuer med de ulike partnerne. I alt har vi intervjuet to fra sekretariatet, fem koordinatorene i kommunene og sju øvrige partnere i Folkehelseforumet. Innledningsvis i kapitlet har vi en kortfattet oppsummering fra utvalgt litteratur om partnerskap. Dernest går vi nærmere inn på de ulike delene som partnerskapet består av, dvs. sekretariatet, folkehelseforumet, faggruppene og til slutt de kommunale folkehelsekoordinatorene. Til slutt i kapitlet diskuterer vi erfaringene fra folkehelseprogrammet i lys av partnerskapslitteraturen.

6.1 Hva er, hvorfor og hvordan partnerskap?

I partnerskapsavtalen for Folkehelseprogrammet i Telemark står det at partnerskapsavtalen skal bidra til å tydeliggjøre og øke innsatsen i folkehelsearbeidet i Telemark. Partnerskapet kan dermed betraktes som det organisatoriske verktøyet som skal fremme målene i programmet. Det står også i avtalene med de ulike partnerne at siden folkehelsearbeid favner langt bredere enn helsesektorens ansvarsområde, kreves det samarbeid på tvers av sektorer og nivå, mellom det offentlige, det private og det frivillige Telemark. Implisitt ligger det her en idé om at samordningen av ulike ressurser blant partnere skal bidra til å effektivisere arbeidet med folkehelsen. Partnerskapet fremstår med andre ord som et sentralt virkemiddel. Til forskjell fra mer tradisjonell politikkutforming der økonomiske eller pedagogiske virkemidler støtter opp om politikken, legges det her mer vekt på at det er partnerskapet som er virkemidlet. Med andre ord kan vi si at det sentrale virkemidlet for å fremme målene i programmet, dreier seg om samordningen av ulike aktørers ressurser.

Det finnes i dag et mangfold av litteratur om partnerskap. Litteraturen gir imidlertid ikke noe entydig og klar definisjon av hva et partnerskap er. Generelt kan vi

imidlertid si at de fleste refererer til et mer eller mindre formalisert samarbeid mellom ulike offentlige, private eller frivillige aktører. Med henvisning til Peters (1998), peker Andersen og Røyseland (2008) på at et partnerskap må ha noen kjerneelementer som å være tilstede for at man skal kunne snakke om et partnerskap. For det første må de deltakende partnerne ha status som prinsippal, og de må være i stand til å fatte beslutninger på vegne av andre. For det andre sier de at det må dreie seg om et arrangement som har en viss varighet og stabilitet, til forskjell fra mer spontan koordinering. For det tredje må deltakende partner bidra med enten materielle eller immaterielle ressurser i partnerskapet. For det fjerde fordrer partnerskapet en viss grad av formalisering eller etablering av en organisatorisk overbygning som definerer formål, forpliktelser og ansvarsforhold.

En artikkel av Peter Arbo (2002) viser til noen av de samme momentene som Andersen og Røyseland (2008). Han peker bl.a. på at fordelene med partnerskapet er å kombinere ulike typer kompetanse og erfaring som igjen fører til læring, at man utvikler nye former for arbeidsdeling og til slutt utnytter ressurser bedre. For å oppnå disse fordelene, viser Arbo til at følgende forutsetninger må være tilstede:

- Aktuelle aktører må ha et institusjonelt spillerom, dvs. frihet til å fatte beslutninger og inngå avtaler
- Aktuelle aktører må ha ressurser å sette inn, dvs. penger, arbeidskraft, kompetanse, tid og oppmerksomhet
- Aktørene må ha en felles forståelse eller identitet (et konstruert "vi"-fellesskap som deler noen grunnleggende holdninger, verdier og normer)
- Aktørene må ha en ansporing til handling, dvs. noe som driver partene til å søke sammen (ytre trussel, gulrøtter, forventninger om gevinster etc.)
- Partnerskapet må ha en definert ledelse
- Partnerskapet må ha legitimitet, dvs. en aksept for måten å jobbe på

Svensson og Nilsson (2008) viser til at partnerskap er en arbeidsform bestående av aktører med komplementære, og noen ganger overlappende interesser og ansvarsområder, og som er involvert i felles planlegging, beslutningstaking og implementeringsprosesser. De viser også til at partnerskap må forstås som en læringsprosess og at det ikke finnes én måte å organisere et partnerskap på, men at den beste løsningen må ses i forhold til den lokale konteksten. Det mest interessante med

denne studien er imidlertid fire dilemmaer eller utfordringer ved partnerskapet, som de utleder fra erfaringene med flere case studier. Disse er:

1. Integrasjon av en bottom-up-strategi med en top-down-strategi

Det første dilemmaet dreier seg om vanskelighetene med å forene de overordnede planer og strategier med det arbeidet som foregår lokalt. Hovedutfordringen er å forene de lokale initiativ med sentrale mål og føringer. Case-studiene viser bl.a. at mål og føringer som formuleres ovenfra, har en tendens til å overskygge lokale initiativ. Videre nevner de at top-down-strategiene har en tendens til å byråkratisere organisasjonen, med den følge at det går ut over motivasjonen lengre nede i partnerskapet. Samtidig viser de til et eksempel hvor man lykkes i å forene de to strategiene, ved å kombinere et mer formalistisk partnerskap med løsere samarbeidsformer ved siden av partnerskapsorganisasjonen.

2. Kombinasjon av helhetlig fokus å målrettet fokus

Det andre dilemmaet dreier seg om å klare å ha et helhetlig fokus der alle relevante tema og aktører trekkes inn, samtidig som man har fokus på mer konkrete mål. Erfaringer fra studiene viser at det å vektlegge et helhetlig perspektiv, ofte leder til et uklart partnerskap og at mål, roller og ansvar blir tvetydige. Videre viser det seg at det brede fokuset gjør det vanskelig å evaluere programmet og få til læringsprosesser. I case-studiene hvor det var klare og entydige mål, lykkes man dermed bedre med partnerskapet. Fordelen med det åpne perspektivet var imidlertid at det store nettverket ga mye informasjon inn i partnerskapet, og var mer fleksibelt i forhold til å nå nye partnere og inngå nye samarbeidsmuligheter.

3. Demokratiske implikasjoner

Et tredje dilemma som nevnes er underskudd av demokrati i partnerskapene. Her pekes det bl.a. på at noen målgrupper ikke har organisasjoner som kan målbære deres interesser, at partnerne av ressurs hensyn ikke kan delta på like vilkår og at beslutningsprosesser kan foregå i det skjulte. Undersøkelsene viser også at praksis ofte avviker fra idealet om likeverdig deltakelse, åpen debatt og diskusjon rundt utforming av program og løsninger. Samtidig peker de på at et åpent partnerskap kan gi økte muligheter for deltakelse for mange grupper.

4. Forholdet mellom konsensus og konflikt

Det fjerde dilemmaet angår spørsmålet om å oppnå konsensus eller enighet i partnerskapet versus det å åpne for interessemotsetninger og konflikt. Erfaringene fra case-studiene viser at det blant partnerne var underliggende konflikter som ofte ikke kom opp i dagen, samtidig som at de fleste partnerskapene bar preg av konsensus og enighet. Ofte var det illegitimt å snakke om interessemotsetninger. En forklaring på denne konsensusen knyttes til sammensetningen av partnerskapene, og at de ofte var dominert av ”tradisjonelle” offentlige institusjoner, hvilket innebar at de konsensusorienterte løsningene ofte ble foretrukket. Et annet forhold som trekkes fram er at partnerskapene ofte hadde en rådgivende rolle og i liten grad en besluttende rolle, hvilket betydde at det var lite på dagsorden man kunne være uenige om. I kjølvannet av dette stiller forfatterne spørsmål om en konsensusorientert organisasjon er i stand til å endre det systemet det selv er en del av, og om ikke maktstrukturene i et partnerskap vil ha sterke interesser i å bevare denne maktstrukturen.

Et femte forhold som trekkes fram i den nasjonale evalueringen av folkehelsepartnerskapet, er også relevant å trekke inn i denne sammenheng (Bergem m.fl. 2009). I underveisrapporten fra evalueringen problematiseres det forpliktende samarbeidet med frivillige organisasjoner. Spørsmålet her er i hvilken grad man kan og bør inngå forpliktende avtaler med frivillige organisasjoner. Dette har sammenheng med ansvarsfordelingen mellom det offentlige og de frivillige, og spørsmålet om hvor langt frivillige skal gå i å løse offentlige oppgaver.

Det kan også være verdt å ta med Svensson og Nilssons refleksjoner rundt det generelle og det spesifikke ved hvert partnerskap. Til tross for at man kan finne noen mønstre og mekanismer som kjennetegner mange partnerskapsorganisasjoner, er det samtidig slik at ethvert partnerskap må tilpasses lokale forhold. Det betyr at de mer generelle trekk ved og erfaringene fra partnerskapene bør ses på som veiledende, og ikke som en oppskrift.

Til slutt er det også relevant å ta med poenget om at enhver form for samhandling eller koordinering er ressurskrevende. I følge Perri Six (2002) er koordinering eller samhandling et kostbart gode som derfor må benyttes med forsiktighet. Andersen og Røyseland (2008) som har sett spesielt på partnerskap, viser også til at det å etablere et partnerskap er en kompleks prosess der uvissheten øker jo flere aktører

med begrenset kunnskap om hverandre som bringes inn. Med andre ord kan vi si at det oppstår en risiko for at transaksjonskostnadene øker.

6.2 Sekretariatet

Fylkeskommunen og Fylkesmannen er de to sentrale aktørene bak arbeidet i folkehelseprogrammet. Deres to representanter har således en todelt rolle i den forstand at de både representerer to av partnere i folkehelseforumet, og samtidig har ansvaret for sekretariatet. Som sekretariatsfunksjon har de en sentral rolle å spille utad mot de øvrige partnerne, kommunene og andre aktører. Samtidig er de også representanter for henholdsvis fylkeskommunen og Fylkesmannen og har en rolle å spille som agenter for folkehelsearbeidet internt i egne virksomheter. I dette avsnittet ser vi først på den rollen de to representantene har spilt i sekretariatsfunksjonen og deretter rollen som agenter for folkehelsearbeidet internt.

Sekretariatet har bestått av en representant fra fylkeskommunen (folkehelsekoordinatoren) og en representant fra Fylkesmannen. I tillegg har det vært tilknyttet en sekretær til sekretariatet. De to førstnevnte har hatt fulle stillinger avsatt til folkehelsearbeidet, mens sekretærstillingen er 50 %. I tillegg til stillingene i sekretariatet, kan vi også ta med prosjektlederen for Helsefremmende skoler og prosjektleder for Aktiv senior i Telemark. De to prosjektlederne har hatt henholdsvis en 100 % stilling og en 20 % stilling. Prosjektlederen for Aktiv senior ble ansatt først i 2008 og har derfor fungert i kortere tid enn prosjektlederen for Helsefremmende skoler.

Et gjennomgående inntrykk er at sekretariatet og prosjektlederne har vært den operative drivkraften i Folkehelseprogrammet. Dette inkluderer flere ulike funksjoner. For det første har de tilrettelagt for og ledet arbeidet i Folkehelseforumet. Derneft har representanten for Fylkesmannen ledet tre av faggruppene. Representanten fra fylkeskommunen har også i perioder vært inne og ledet en av faggruppene. Sekretariatet har videre stått for behandlingen av innkommende søknader om prosjekttilskudd og samtidig hatt ansvar for ulike typer arrangement. Ut over dette har de også fungert som kjernen i nettverket, både i forhold til partnerne i folkehelseforumet og overfor koordinatorene i kommunene.

Den sentrale rollen til sekretariatet og prosjektlederne kommer ikke minst til uttrykk gjennom intervjuene både med de øvrige partnere og koordinatorene i kom-

munene. Gjennomgående svarer representantene i folkehelseforumet og koordinatorene i kommunene at sekretariatet har spilt en avgjørende rolle i programmet. Følgende kommentarer illustrerer dette:

”Vi har hatt et dyktig sekretariat. De har fått partnerskapet til å virke. De har vært drivkraften.” (Partner i folkehelseforumet)

”De har vært en støtte og vært en faglig ressursgruppe som jeg har støttet meg til. Når jeg har behov for drahjelp, så for jeg støtte.” (Folkehelsekoordinator i kommune)

Det kommer likevel frem flere utdypende synspunkter på sekretariatet og den rollen det har spilt. Et forhold som flere av partnerne peker på, er at de selv føler på at de ikke har levd opp til sekretariatets forventninger. En av disse foreslår også at sekretariatet kunne lagt mer press på representantenes organisasjoner som bidrag til å skape mer aksept for deres representasjon i partnerskapet. En annen viser til at det oppleves å være et gap mellom sekretariatets visjoner og det som oppleves i praksis:

”De har fungert som støttespillere og arrangører, men det blir nok litt sånn at alt er fint og flott – men vi har et kjempeområde å dekke. Det burde derfor kanskje vært grenset noe inn for å kunne få følelsen av at man ikke kommer til kort hele tiden.”

Selv om så å si samtlige informanter roser sekretariatet, kan den aktive rollen de har spilt, også ha sin bakside. Baksiden er at den aktive rollen kan ha bidratt til tilsvarende passivitet blant partnerne. I følge Svensson og Nilsson (2008) er det nemlig ikke uvanlig at slike partnerskap i praksis har fungert som et ordinært prosjekt med en sentral og sterk prosjektledelse, og et mer passivt partnerskap. Når flere partnere noe skyldbetyngt gir uttrykk for at de ikke har levd opp til sekretariatets aktivitetsnivå og forventninger, er dette også kanskje et uttrykk for at partnerne selv ikke har tatt det ansvaret de burde, eller at noen har tatt ansvaret for dem.

Som nevnt innledningsvis har sekretariatets representanter også en rolle å spille i forhold til egne virksomheter, dvs. i fylkeskommunen og hos Fylkesmannen. Det betyr at de har en rolle å spille – på linje med de øvrige partnerne – i forhold til å forankre og aktivisere folkehelsearbeidet internt i egne organisasjoner. I den sammenheng er det også relevant å trekke inn begrepet ”den brede folkehelsepolitikk-

ken” som må forstås som en implementering av folkehelsearbeidet i alle relevante samfunnssektorer (jf. St. meld. 16, 2002–2003). Inntrykket er at det å implementere den brede folkehelsepolitikken har vært en utfordring, både hos Fylkesmannens og i fylkeskommunen.

Det er fylkeskommunen som i St.meld. nr. 16 (2002-2003) ble bedt om å ta rollen som koordinator og pådriver i folkehelsearbeidet. Det betyr at fylkeskommunen også har et overordnet ansvar for gjennomføringen av programmet. Dette kommer bl.a. uttrykk ved at folkehelseprogrammet har fått status som delplan til fylkesplanen, og samtidig er godt synlig i fylkeskommunens årsmeldinger. Fylkeskommunen bidrar også med en forholdsvis stor del av finansieringen til programmet. Programområdet Helsefremmende skole inngår også i fylkesplanens handlingsprogram for 2008 og 2009. I et møtoreferat fra Folkehelseforumet står det imidlertid at Folkehelseforumet sitt innspill til det pågående fylkesplanarbeidet (i Utviklingsforumet) ... ”ikke er imøtekommet på noen spesiell måte”, ... og at ”Folkehelseforumet er som en hvilken som helst annen interessent i dette arbeidet”. Samtidig gir også enkelte uttrykk for at folkehelse ikke i tilstrekkelig grad har fått plass innenfor andre sektorer i fylket. Inntrykket er med andre ord at fylkeskommunens folkehelsearbeid først og fremst er rettet utad mot partnerskapet og arbeidet med konkrete folkehelseprosjekter, og i mindre grad blitt innlemmet i fylkeskommunens øvrige sektorer. Unntaket her er Helsefremmende skole synes å ha fått et godt fotfeste innenfor opplæringssektoren.

Hos Fylkesmannen har de en intern gruppe med representanter fra hver avdeling, der formålet er å innlemme folkehelsearbeidet i de øvrige avdelingenes arbeidsområder, der dette måtte være relevant. I følge kilder betraktes denne imidlertid som ”sovende”, og har dermed heller ikke lyktes helt med å innlemme folkehelsearbeidet i Fylkesmannens øvrige arbeidsområder.

6.3 Folkehelseforumet

Folkehelseforumet har bestått av 13 partnere på fylkesnivå. Disse kan vi dele inn i fire grupper. For det første har vi fylkeskommunen og Fylkesmannen som har hatt en ledende rolle i partnerskapet. Fylkeskommunen er representert med en politiker som har ledet forumet og folkehelsekoordinatoren som sitter i sekretariatet. Tilsvarende er Fylkesmannens representant i sekretariatet også med i folkehelseforumet.

Den andre gruppen er frivillige organisasjoner representert med Telemark Idrettskrets og Røde Kors. Den tredje gruppen er representanter for interesseorganisasjoner som FFO og SAFO. Som representanter for interessegruppene – kan vi også ta med Telemark Fylkeskommunale eldre- råd og Elev- og lærlingombudet. Den fjerde gruppen er statlige institusjoner som Helse Sør-Øst, Høgskolen i Telemark og politiet. I tillegg til disse tre gruppene har Tele-

Medlemmer i folkehelseforumet

Fylkeskommunen
Fylkesmannen i Telemark
Kommunenes Sentralforbund KS
Høgskolen i Telemark
Telemarksforskning Notodden
Telemark Idrettskrets
Telemark Fylkeskommunale eldre- råd
Elev- og lærlingombud
FFO Telemark og SAFO Telemark
Telemark Røde Kors
Helse Sør RHF
Politiet

marksforskning Notodden og KS vært medlemmer i folkehelseforumet. I 2008 fikk man også to med to representanter fra kommunene i partnerskapet, noe som for øvrig ble etterlyst allerede ved første møte i 2006.

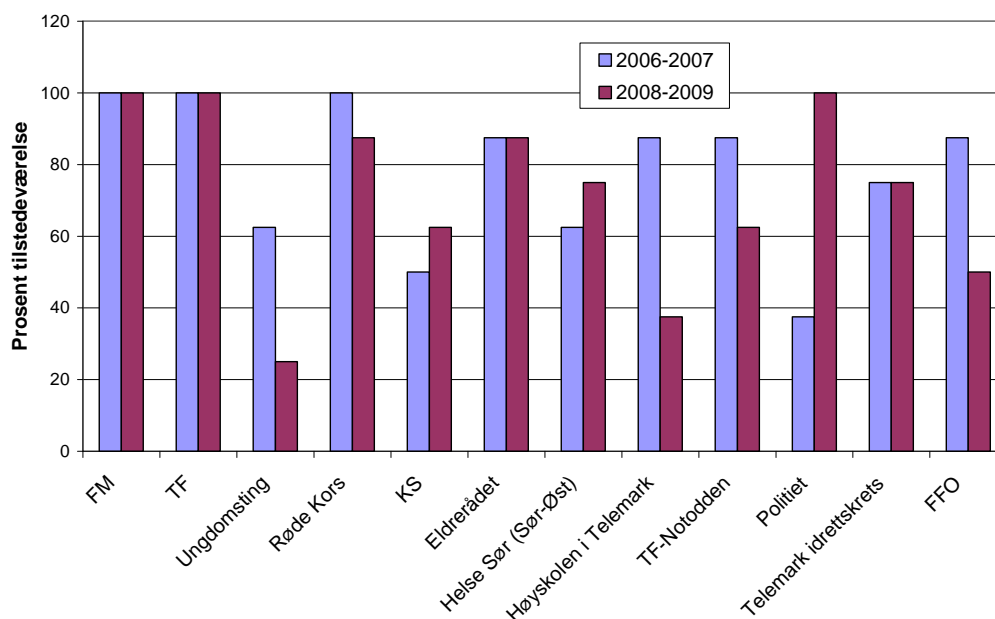
I følge partnerskapsavtalen skal folkehelseforumet initiere, utvikle, styrke, ivareta kontinuitet og koordinere folkehelsearbeidet på fylkesnivå. Videre står det at forumet skal tilrettelegge for handling i henhold til årlig tiltaksplan innen felles innsatsområder i vedtatt program. Formuleringene er generelle men det er rimelig å tolke dem slik at partnerskapet både skal ha en strategisk rolle i utformingen av handlingsplaner og samtidig en rolle i å gjennomføre vedtatte satsningsområdene og de årlige tiltaksplanene. De noe generelle formuleringene må også ses i sammenheng med at det langt på vei er partnerne selv som definerer sin rolle i forumet.

6.3.1 Deltakelse i partnerskapet

I dette og det neste avsnittet har vi sett nærmere på i hvilken grad og hvordan partnerne har deltatt i Folkehelseforumet. Avsnittet baserer seg på møtereferater, der vi både har sett på hvem som deltar i Forumet og hva partnerne har bidratt med inn i møtene. Dette er videre fulgt opp med intervjuer av noen av de sentrale partnerne.

I henhold til møtereferatene som vi har fått tilgang til – i alt 16 møter – har det samlet vært en tilstedeværelse på 75 %, dvs. at av totalt antall mulige representasjoner (16 møter og 12 representanter) har 25 % vært fraværende. Samlet synes det å være en rimelig god representasjon i møtene. Frafallet har også holdt seg rimelig

konstant over tid, noe som betyr at representasjonen verken har vært avtakende eller tiltakende. Det mest interessante her er imidlertid hvem som deltar og ikke.



Figur 6.1 Deltakelse i Folkehelseforumet, prosent oppmøte av alle møter (16 møter)

De som klart har deltatt mest er representantene fra fylkeskommunen og Fylkesmannen (100 %). Dernest ser vi at eldrerådet og Røde Kors har deltatt hyppig på møtene (ca 90 %). I motsatt ende finner vi Ungdomsråden og KS som i minst grad har deltatt. Disse har en deltakelsesprosent på henholdsvis 45 % og 55 %. Vi har også sammenlignet deltakelsen i de to første årene med de to siste, for å se på eventuelle endringer over tid. Her finner vi at fire partnere har en avtakende deltakelse. Dette gjelder Ungdomsrådet, FFO, Telemarksforskning - Notodden, Høyskolen i Telemark og. Forklaringen på den avtakende deltakelsen til Ungdomsrådet er at den aktuelle representanten gikk ut i permisjon i perioden. Fraværet fra FFO sin side har sammenheng med at de trakk seg ut av alle råd og utvalg, som følge av at fylkeskommunen ikke har opprettet et råd for funksjonshemmede. Hvorfor deltakelsen til de to sistnevnte har vært mindre hyppig de to siste årene, er noe mer uklart. På den andre siden finner vi at politiet har deltatt klart hyppigere i den andre perioden, sammenlignet med den første.

6.3.2 Hva har de gjort i folkehelseforumet?

En gjennomgang av møtereferatene forteller noe om hva folkehelseforumet har drevet med i løpet av programperioden. I henhold til referatene kan dagsorden oppsummeres i følgende punkter:

- presentasjon av partnerne
- presentasjon av enkeltprosjekter
- presentasjon og diskusjon av aktivitetsplan/tiltaksplan
- orientering om diverse konferanser, kurs, studieturer og
- orientering om økonomi og budsjett
- diskusjoner om partnerskapet og partenes bidrag eller nytte

Et generelt inntrykk er at mye av aktiviteten i forumet for en stor del har dreide seg om orienteringssaker i den første fasen av programperioden. Forumet bar dermed preg av å være et informasjonsforum, mer enn et diskusjonsforum. De tre første punktene i listen over preges av å være orienteringssaker som enten sekretariatet eller enkelte deltakere orienterer om. Riktignok blir partnerne ved gjentatte anledninger bedt om å gi innspill på de ulike tiltaksplanene, men uten at det ser ut til å utløse noe grunnleggende diskusjon hos partnerne rundt prioriteringer eller arbeidsformen.

På møtet som ble avholdt i juni 2008 ser vi at spørsmålet om utviklingen av partnerskapet får stor plass. Her blir alle deltakerne bedt om å redegjøre for hva de enkelte partnerne ønsker å få ut av partnerskapet, og hvordan. I følge møtereferatet presenteres det mange forslag, bl.a. det å få aktivisert ungdom i større grad, få folkehelse inn i planverket, bedre markedsføring, søke kunnskap og kompetanse hos hverandre, gjøre folkehelse mer synlig i partnernes egne organisasjoner, større aktivitet hos partnerne, iverksette konferanser, stimulere partnerne økonomisk, forskningsaktivitet, med mer. Det er også en av partnerne som anbefaler å satse mer på færre og større prosjekter, at forumet må være mer tydelig i sin planlegging samt at forumet ikler seg en tydeligere rolle som ”bestiller”, mens partnerne går sammen om å være utførere. I oppsummeringen til diskusjonen vises det til at prosessen med å bevisstgjøre partnerne, vil fortsette.

Saken om partnerskapet ble fulgt opp i et møte omtrent ett år senere. Her ble deltakerne utfordret på i forhold til hva som fungerer god og mindre godt i partnerskapet, samt på forslag til forbedringer. De positive momentene som kom frem, dreide seg i hovedsak om at deltakerne hadde bygd nettverk, resultert i samarbeid og at de hadde tilegnet seg kompetanse om andre partnere. De negative momentene dreide seg på sin side om at oppmøte blant partnerne var varierende, at det var for lite kontinuitet i arbeidet, at partnerne hadde ulike ståsteder eller forventinger til forumet, samt at arbeidet i forumet var for dårlig forankret. Med forankring pekes det her spesielt på kommunene, men det er rimelig å anta at det også gjelder forankring i partnernes egne organisasjoner. I det samme referatet presenteres også forslag til forbedringer. Her nevnes bl.a. mer engasjement (og deltakelse) blant partnerne, at partnerne må klargjøre egne forventninger, at nettverket må utnyttes bedre, at arbeidet forankres i de respektive organisasjonene, synliggjøre forumet i media, samt hyppigere og kortere møter. Et av forslagene går også ut på at forumet bør satse på mer varige og fremtidsretta tiltak.

Inntrykkene fra gjennomgangen av møtereferatene i folkehelseforumet kan oppsummeres i tre punkter. For det første dreide mye av møtene seg i starten om orienteringssaker, herunder også orientering om tiltaksplanene. Selv om partnerne ble oppfordret til å komme med innspill, har dette åpenbart ikke ledet til noen store diskusjoner rundt tiltaksplanene og prioriteringene. Det har tilsynelatende vært stor konsensus omkring innholdet i tiltaksplanene. For det andre ser vi at partnerne har vært aktive i å presentere sine egne organisasjoner og prosjekter. Samtidig er det lite som tyder på at disse presentasjonene har bidratt til å koble sammen partnerne i forumet. Det er altså ikke noe gjennomgående trekk at flere partnere jobber strategisk sammen om ett og samme prosjekt. Dette inntrykket må imidlertid nyanseres, noe vi kommer tilbake til nedenfor. For det tredje ser vi at diskusjon om selve partnerskapet etter hvert dukker opp på dagsorden, noe som tyder på at det på et tidspunkt var behov for å revitalisere partnerskapet. Denne prosessen ser ut til å ha ledet frem til at møtene får mer preg av å være dialog enn enveiskommunikasjon. Men samtidig bærer diskusjonen preg av at de ulike partnernes roller er noe uklare. På bakgrunn av de tre punktene over, er det to spørsmål som dukker opp. For det første kan man stille spørsmål om den tilsynelatende konsensusen om tiltakene og tiltaksplanene. Er det slik at man i utformingen av programmet har forsøkt å omfavne alle interesser, og derigjennom ikke har klart å få til det engasjementet og

samarbeidet man så for seg? I kjølvannet av det forrige spørsmålet, kan vi også stille spørsmål ved om partnerne har opplevd partnerskapet som relevant og nyttig.

6.3.3 Er folkehelseprogrammet relevant og nyttig?

I følge intervjuene med partnerne i folkehelseforumet, opplever partnerne at folkehelseprogrammet generelt eller i det minste deler av folkehelseprogrammet har relevans for institusjonen. På direkte spørsmål om hva som har relevans, får vi likevel noe ulike svar. Tre av representantene mener at deres egne organisasjoners formål eller aktiviteter sammenfaller med programmets mål og intensjoner. Dette er mål og aktiviteter de ser kan bringes inn og knyttes opp mot programmet, enten i form av å påvirke programmet eller i form av å utføre konkrete prosjekter. To av partnerne er samtidig mer ensidig opptatt av at relevansen først og fremst dreier seg om å øve påvirkning og/eller at deres perspektiver og forståelseshorisonter bringes inn i programmet. En siste aktør betrakter relevansen mest i form av å være ensidig bidragsyter inn i programmet. Et spørsmål som imidlertid dukker opp hos alle de statlige partnerne, er om den funksjonen de innehar er den mest relevante å bringe inn i forumet. Dette kommer vi nærmer inn på nedenfor.

På spørsmål om programmets innhold og prioriteringene i tiltaksplanene, er svarene noe variert. Noe overraskende – spesielt i lys av at Folkehelseforumet var tiltenkt en rolle som strategisk organ – er at flere av partnerne har lite detaljkunnskaper om innholdet i selve programmet og prioriteringene i tiltaksplanene. Noe av forklaringen ser ut til å være at noen av partnerne ser seg selv i en mer operativ rolle:

”Jeg kjenner litt dårlig til programmet og tiltaksplanene. Det er jo på to nivå dette her. Det ene nivået er det konkrete prosjektarbeidet og det andre er det overordnede som [sekretariatet] gjør. Det er et vanvittig forarbeid som gjøres og vi kommer til dekket bord.”

Sitatet illustrerer som nevnt over, mangel på kjennskap til innholdet i programmet, men antyder samtidig også noe av forklaringen, nemlig forarbeidet til sekretariatet. Gjennomgående omtaler nemlig samtlige at sekretariatet har vært den drivende aktørene i partnerskapet, og som sitatet over antyder, skal vi ikke se bort i fra at dette kan ha resultert i en viss passivitet på enkelte områder fra partnernes side.

Vurderingene av programmet spenner for øvrig fra det syn at programmets mål og virkemidler er utmerket til at folkehelsebegrepet som legges til grunn, er for vidt og tannløst. Følgende sitater illustrerer noe av ytterpunktene:

”Har ikke noe negativt om programmet. Målene er gode og målgruppene er også riktige og viktige. Tiltaksplanene er jo breie ... det er fyldig og bredt.”

”Jeg har ingen sterke reaksjoner på det ... og det er vel det som er noe av problemet ... at det er så bredt og alt er relevant. Helse kan jo være alt fra ... Det blir lett alt og ingenting. Det rommer liksom et helt univers av problemstillinger og tematikk. Programmet blir således litt lite sammenhengende. Når man skal favne over alt, så blir det vanskelig å jobbe målrettet.”

Nå skal det riktignok legges til at kilden til det første sitatet også antyder at programmet har rommet mange tiltak, og at det kanskje kunne vært hensiktsmessig å jobbe mer strategisk mot de største utfordringene. Samtidig sier den aktuelle informanten: ”... *men jeg har ikke rukket opp handa*”, noe som for så vidt også kan være uttrykk for en viss passivitet blant partnerne.

De øvrige synspunktene på programmet går ut på at det er områder som har blitt forsømt i programmet. Det ene som nevnes er satsingen på psykisk helse og det andre er at målgruppen unge har fått langt mer oppmerksomhet enn målgruppen eldre. I det ene tilfellet tar imidlertid informanten visse forbehold siden kjennskapen til alle prosjektene og aktivitetene er mangelfull.

Foruten at partnerne generelt har noe begrenset kjennskap til programmet, ser vi på den ene siden at noen opplever at programmet er for vidt, mens andre peker på at det ikke har vært satset nok på enkelte områder. Sannsynligvis dreier dette seg om to sider av samme sak, nemlig at det har vært vanskelig å implementere alt innenfor de forholdsvis omfattende planene som ble lagt i starten av programmet. Det at man faktisk har gjort prioriteringer underveis er sannsynligvis bakgrunn for at enkelte opplever at deres områder i for liten grad har blitt berørt. Dette peker dermed på noe av utfordringen med å ha et bredt sammensatt partnerskap med ulike interesser og områder de jobber innenfor. På den ene siden kan det være nødvendig å foreta prioriteringer innenfor et såpass bredt område som folkehelse er, men på den andre siden er det dermed en fare for at partnere som ikke faller inn under de prioriterte områdene, mister interessen eller i det minste gir uttrykk for at partnerskapet ikke har levd opp til forventningene. Samtidig er det rimelig å se dette

i sammenheng med de ulike rollene de enkelte partnerne innehar, og ikke minst deres forventinger. Dette kommer vi nærmere inn på nedenfor.

6.3.4 Ulike roller i partnerskapet

Det var partnerne selv som i starten av programperioden definerte sine roller inn i folkehelseforumet. I henhold til møterefaterne fra 2006 tar det imidlertid noe tid før de ulike partnerne får definert sine roller. I det første møtet – før avtalene ble underskrevet – vises det bl.a. til at flere av partnerne ønsket mer tid til en intern prosess i egen organisasjon. I det andre møtet fremgår det videre at undertegnelsen av partnerskapsavtalen utsettes som følge av at alle partnerne ikke hadde gitt sine innspill.

De ulike partenes roller og bidrag blir endelig nedfelt i partnerskapsavtalen som ble undertegnet i mai 2006. Beskrivelsen er kortfattet og i enkelte tilfeller fremstår de ulike partenes bidrag som noe uklare. Vi kan likevel dele inn bidragene i seks kategorier. Den første er *administrative bidrag* som er lagt til fylkeskommunen og Fylkesmannen. Det innebærer med andre ord personalressurser til å administrere prosjektet. Den andre er *økonomiske ressurser* som også innbefatter fylkeskommunen og Fylkesmannen. Den tredje kategorien kan vi kalle *humankapital eller kunnskap*. Dette er bidrag som er lagt til Helse-Sør-Øst, HiT, Telemarksforskning - Notodden, FFO og politiet. Den tredje typen bidrag er *nettverksbygging og informasjonsformidling*. Dette er oppgaver lagt til elevombudet, eldrerådet, KS og Telemark Røde Kors. En fjerde kategori har vi kalt *politikkutøvelse* og den innbefatter påvirkning av dagsorden i ulike sammenhenger. Disse rollene ble imidlertid formulert i en tidlig fase av programmet, og det er derfor ikke sikkert at partnerne har klart å oppfylle disse rollene. På bakgrunn av møterefater og intervjuer har vi derfor nedenfor forsøkt å få frem hva slags rolle de faktisk har spilt.

Når vi stiller partnerne spørsmål om hvilken rolle de har spilt i folkehelseforumet, er det fire roller som går igjen. Den ene er *påvirker- eller beslutningsrollen*. Dette innebærer at partnerne ønsker å påvirke dagsorden eller være med i beslutningsprosessen i forhold til deres interesseområder. Minst to av partnerne vektlegger dette. Den andre rollen er *utførerrollen* som innebærer å iverksette og drive prosjekter. En tredje rolle finner vi i det å være en mer passiv *informasjons- eller kunnskapsformidler* inn i forumet. En fjerde rolle som også kan nevnes, er *observatørrollen*.

En av partnerne understreker denne, men den gjør seg nok også gjeldene for flere av partnerne.

Det andre som slår oss, er at selv om de ulike aktørene vektlegger de fire nevnte rollene, svare de at de også kunne tenke seg andre roller. Både de som vektlegger påvirker- eller beslutningsrollen og informasjons- eller kunnskapsrollen hevder at de også godt kunne tenke seg å være mer operative og drive konkrete prosjekter. Med andre ord gir de også uttrykk for at de i større grad også ønsker å ha en utførerrolle.

Rollene vi har beskrevet over, sier også noe om sammensetningen av partnerskapet, og samlet de ressursene som sitter i partnerskapet. De to viktigste rollene er påvirker- eller beslutningsrollen og utførerrollen. Foruten det vi har nevnt tidligere, at sekretariatets aktive rolle nærmest kan ha bidratt til å passivisere partnerne, kan det se ut som at utførerrollen representerer en flaskehals. Dette har sammenheng med at de to representantene som identifiserer seg med denne rollen, for det første har et avgrenset interessefelt. For det andre gir i det minste en av dem, uttrykk for at de har knapphet på kapasitet og ressurser.

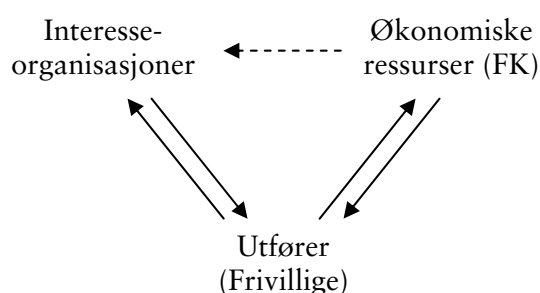
6.3.5 Gjensidighet og samhandling

Ser vi på litteraturen om partnerskap, er partenes samhandling og gjensidige nytte noe av det som begrunner partnerskapet. Et generelt inntrykk er imidlertid at den gjensidige nytten partnerne har av folkehelseforumet, er begrenset. I dette avsnittet skal vi utdype dette både med bakgrunn i intervjuer og fra gjennomgangen av referater fra møtene i forumet.

I intervjuene til partnerne stilte vi spørsmål om hva slags nytte de opplevde å ha hatt av de andre partnerne, og hvorvidt de opplevde å ha vært nyttige for andre. Generelt gir partnerne uttrykk for at den gjensidige nytten har dreid seg om utveksling av informasjon og kunnskap om hverandre. Selv om enkelte vektlegger at de først og fremst har bidratt med kunnskap, og andre at de har *fått* nyttig kunnskap, så gir likevel de fleste uttrykk for at de både har bidratt med og fått nyttig kunnskap.

Ut over den kunnskapsutvekslingen som har foregått, oppleves nytteverdien som noe variabel blant partnerne. For det første mener representantene for et par av de

statlige institusjonene at de i liten grad har bidratt inn, og heller ikke har sett at de til nå har hatt særlig stor nytte av partnerskapet. For det andre finner vi de frivillige som ser nytten i å samarbeide med sekretariatet (eller fylkeskommunen), i forhold til finansiering av de mer operative aktivitetene. Deres bidrag går således ut på å realisere konkrete aktiviteter. En tredje gruppe – interesseorganisasjonene – ser videre (potensiell) nytte av partnerskapet i form av at de kan dra nytte av de mer operative ressursene til enkelte av partnerne, ressurser som de selv ikke besitter. De to siste forholdene kan illustreres på følgende måte.



Av figuren ser vi for det første at interessegruppene ser nytten av de som har utførerrollene i partnerskapet. Interesseorganisasjonene hevder på sin side at deres kompetanse i forhold til målgruppen kan være viktig for operatørene som iverksetter tiltak. Vi kan si at deres bidrag er rådgiverrollen. Operatørene er på sin side avhengig av og ser nytten i å samarbeide med sekretariatet eller fylkeskommunen som forvalter de økonomiske ressursene, dvs. de som har ikledd seg finansieringsrollen. Vi finner også flere eksempler på slike sammenfallende interesser når vi går gjennom møtereferatene i partnerskapet, noe som dermed underbygger poenget i modellen over. I ett tilfelle viser representanten for en av de frivillige organisasjonene til synergien mellom politiske aktører som har god oversikt over pengesekkene, og de frivillige som er flinke til å sette i gang aktiviteter. Dersom vi definerer de politiske aktørene til å gjelde fylkeskommunen og Fylkesmannen, er nok dette det samarbeidet som har vært mest vellykket, dvs. en bestiller med økonomiske ressurser og en utfører med et operativt apparat og kontaktnett ut i samfunnet.

Et annet eksempel er en interessegruppe som etterlyser mer lavterskeltiltak for å fremme fysisk aktivitet blant funksjonshemmede. I henhold til referatet viser den aktuelle representanten til at de kan utfylle rollen som rådgiver og motivere deltakere til å delta. Det fremgår ikke av referatene hvordan saken er fulgt opp, men den

illustrerer i det minste potensialet som ligger i samhandlingen mellom den kunnskapen interesseorganisasjonene har (i forhold til sine medlemmer), og en aktør som er mer operativ. Så vidt vi kjenner til, ble idéen realisert i et prosjekt dels med bevilgninger fra programmet, dels med dugnadsinnsats fra medlemmene i organisasjonen og dels med innsats fra en kommune.

Et tredje eksempel er Eldrerådet som på et møte i 2007 presenterte den kulturelle spaserstokken, og redegjorde for hvordan denne kunne bidra til å fremme helse. I referatet står det videre at Telemark fylkeskommune, gjennom sitt nettverk, har store muligheter til å få den kulturelle spaserstokken på en effektiv måte ut til alle kommunene. Selv om den kulturelle spaserstokken senere er implementert på andre måter, viser eksemplet likevel potensialet i samspillet mellom en interessegruppe, et beslutningsorgan og et mer operativt nettverk. Det fremgår ikke hva slags nettverk dette dreide seg om, men det er rimelig å anta at det dreide seg om nettverket av folkehelsekoordinatorer.

Selv om vi her kan vise til gjensidighet på flere områder, er dette bare i begrenset grad realisert. Både intervjuene og referatene viser i første rekke til eksempler man kunne tenke seg eller ser for seg, og i mindre grad til konkrete erfaringer. Unntaket her er den gjensidige nytten mellom de mer operative frivillige og sekretariatet eller fylkeskommunen som finanskilde. I tillegg skal vi ikke se bort i fra at så nær som samtlige opplever at de på en eller annet måte har sett nytten i det arbeidet sekretariatet har gjort i partnerskapet, men dette gjelder først og fremst i forhold til det administrative.

6.3.6 Partnernes egne organisasjoner

Vi har tidligere skilt mellom ulike typer organisasjoner som inngår i folkehelseforumet. Dette er sekretariatet som sitter med de økonomiske og administrative ressursene, dernest er det de frivillige organisasjonene, interesseorganisasjonene, statlige institusjoner og andre. Alle disse har et eget indre liv med mål og interesseområder. I denne delen har vi derfor sett nærmere på de ulike organisasjonene i forhold til forankringen av partnerskapet og folkehelsearbeidet i de respektive organisasjonene.

Det som kjennetegner de frivillige organisasjonene er at de har innrettet sin virksomhet mot det operative nivået, dvs. at de har orientert sin virksomhet mot aktiviteter i ulike deler av samfunnet. De er små organisasjoner sett i forhold til antall fast ansatte, men samtidig har de et stort nedslagsfelt i enten medlemmer eller frivillige. Det betyr at organisasjonene er løst sammensatt og består hovedsakelig av medlemmer, lag eller foreninger som stiller sin frivillige arbeidskraft til disposisjon. Den kritiske faktorene i disse organisasjonene er derfor todelt. På den ene siden knapphet på administrative ressurser og på den andre siden mulighetene for å mobilisere medlemmer. Det er rimelig å anta at mulighetene for å mobilisere medlemmer avhenger av organisasjonenes profesjonelle enhet (de fast ansatte). Så langt i programmet ser det imidlertid ut til at de primært har benyttet seg av sine profesjonelle ressurser. I begge tilfeller gir representantene uttrykk for at deres deltakelse først og fremst er motivert av at folkehelseprogrammet ligger innenfor deres interessefelt, men at knapphetsfaktoren ligger i den profesjonelle delens kapasitet og dermed økonomiske ressurser til å gjennomføre aktiviteter. Begge opplever også at forankringen i egen organisasjon er uproblematisk. Den ene viser til vedtak i organisasjonens styre, og den andre til at det også følger medfinansiering fra moderorganisasjonen. I det siste tilfellet gis det uttrykk for at det heller er forankringen ut over i organisasjonen, dvs. til de frivillige, som kan være en utfordring.

På samme måte som de frivillige organisasjonene, har interesseorganisasjonene små profesjonelle ressurser. På samme måte har de også en stor medlemsmasse av ikke-profesjonelle. Til forskjell fra interesseorganisasjonene, er formålet ikke først og fremst å støtte opp om tilbud til medlemmene, eller gjennomføre tiltak overfor samfunnet generelt. Deres organisasjoner er først og fremst innrettet mot å representere medlemmene i ulike beslutningsorgan, samt påvirke i ulike sammenhenger. Disse har således ikke like store muligheter eller tradisjoner for å mobilisere medlemmer til handling. De to aktuelle partnerne har også vært mest opptatt av å få sine saker på dagsorden i partnerskapet. I begge tilfeller gir de også uttrykk for at deres saker burde kommet tydeligere fram i den operative delen av programmet. Det som med andre ord skiller dem fra de frivillige, er at de selv ikke har noe apparat som kan iverksette prosjekter, men er avhengig av at andre har muligheter til å fange opp deres interesser og ideer. Så langt kan vi si at dette har vært en mangelvare i partnerskapet. På linje med de frivillige gir heller ikke interesseorganisasjonene at forankringen av representasjonen i egen organisasjon er noe problem.

De største utfordringene finner vi i de statlige organisasjonene. Det som særpreger disse er spesielt to forhold. For det første er det store organisasjoner som er fylt med ulike mål og aktiviteter som konkurrerer om plass og oppmerksomhet i organisasjonen. For det andre har disse organisasjonene sine egne prioriteringer som ikke nødvendigvis er sammenfallende med folkehelseprogrammets mål. Når ulike saker kjemper om plass og oppmerksomhet internt i organisasjonene, er det derfor ikke minst vanskelig å få innpass med saker som kanskje har en noe perifer rolle, sammenlignet med organisasjonenes hovedoppgaver. Minst to av de tre representantene gir således uttrykk for at det er vanskelig å forankre sin rolle i partnerskapet oppover i organisasjonen. For den enkelte representant er det også slik at folkehelsearbeidet utgjør en liten del av representantenes arbeidsoppgaver. For disse representantene avhenger derfor mye av deres egne interesser og initiativ, samt øvrige arbeidsoppgaver og arbeidspress.

”Hvis jeg skulle talt å vegne av hele [organisasjonen] og fått innspill fra alle med bidrag, så ville det vært en heltidsjobb. Derfor blir det litt for mye formet av hva jeg til enhver tid er interessert i. ... Jeg skulle kanskje ønske at det var litt mer interesse fra ledelsen [i organisasjonen], men det er ikke realistisk.”

Dette viser at de statlige representantene først og fremst representerer seg selv og ikke organisasjonen de er en del av. Mister representantene interessen eller blir belastet med for mye arbeid, synes veien ut av partnerskapet å være kort. Kort sagt kan vi si at representasjonen henger i en tynn tråd. En knapphetsfaktor er at de respektive organisasjonene ikke avsetter tid til folkehelsearbeidet. Dette gjelder i det minste for to av de tre vi har vært i kontakt med.

Et gjennomgående trekk ved de statlige og store organisasjonene er spørsmålet om den aktuelle representanten er den rette. Til tross for at alle på sitt vis har personlig engasjement, blir dette spørsmålet stilt i samtlige tilfeller. Dette kan således forstås som et uttrykk for høy grad av kompleksitet i den enkelte organisasjon (med høy grad av vertikal og horisontal arbeidsdeling), og at de er mange aktuelle representanter både i den vertikale og horisontale arbeidsdelingen.

I alle de tre statlige organisasjonene er det representanter fra mellomnivået i organisasjonene, og slik sett skulle man tenke seg at representantene var strategisk plassert og dermed kunne fungere som et brohode inn mot disse organisasjonene, både nedover og oppover i organisasjonen. Så vidt vi kan se er det imidlertid bare én av

de tre representantene som har hatt en slik rolle, nemlig politiet. Til forskjell fra de to andre, kan vi få inntrykk av at politiets representant både har ryggdekning oppover i ledelsen, samtidig som han har mulighet til å mobilisere mer operative aktører nedover i organisasjonen, og stikkordet her er tilgangen på tjenesteveien:

”Jeg representerer noe, men, men må også spille på andre fagpersoner her. ... Da må jeg følge tjenesteveien, så få hver enkelt enhet klarere om de kan ta det oppdraget eller ikke.” Men vi også er ganske presset.

Den aktuelle representanten peker riktignok på at det også i politiet er knapphet på tid og ressurser, og at det er opp til den aktuelle enheten å vurdere hvorvidt de kan være med eller ikke. Til forskjell fra de to øvrige statlige organisasjonene, ser det imidlertid ut som at han har noen formelle ”knapper” å trykke på. Disse knappene synes ikke å være like tilgjengelige i de to øvrige statlige organisasjonene.

Når det gjelder Helse Sør-Øst har de for det første en langt større organisasjon som forholdet seg til flere fylker enn Telemark. Representanten fra Helse Sør-Øst har dermed et arbeidsfelt som skal dekke hele regionen. Strengt tatt betyr det at alle de andre fylkene burde blitt ivaretatt på lik linje med Telemark. Siden Helse Sør-Øst ikke har avsatt mer ressurser til dette arbeidet, er det derfor urealistisk at den aktuelle representanten skal kunne fylle representasjonsoppgavene for alle fylkene i regionen. Til tross for dette, har likevel Telemark av ulike grunner blitt tilgodesett med en egen representant fra Helse Sør-Øst. Men sett i forhold til både omstrukturering (overgang fra Helse Sør til Helse Sør-Øst), og det at folkehelse ikke står høyt på dagsorden i helseforetakene, er det ikke overraskende at representanten gir uttrykk for at forankringen oppover i systemet er minimal. På den andre siden er mulighetene for å mobilisere operative enheter lokalt også begrenset. Dette må ses i sammenheng med at det aktuelle sykehuset opererer relativt autonomt og blir styrt fra helseregionen i form av driftsavtaler. Den største utfordringen synes imidlertid å være at det knapt er avsatt ressurser til dette arbeidet i Helse Sør-Øst, i kombinasjon med at vi har å gjøre med et asymmetrisk samarbeid mellom et enkelt fylke og en hel helseregion. Dette åpner således for spørsmål om sykehusene ikke er en mer egnet partner enn helseregionen. Samtidig viser tidligere undersøkelser at forebyggende (eller helsefremmende) oppgaver ikke er det som får størst prioritet i helseforetakene (Haukelien m.fl. 2009). Selv om sykehusforetakene kan være en mer egnet partner, er det likevel ikke sikkert at folkehelse eller forebyggende arbeid vil bli

prioritert. Det kan derfor være hensiktsmessig å finne en partner med felles interesser, og det mest nærliggende kan da være Lærings- og mestringssentrene som opprinnelig også være tiltenkt en rolle i partnerskapet.

Høyskolen har også en stor og geografisk fragmentert organisasjon. Men til forskjell fra Helse Sør-Øst, befinner dens beslutningsorganer og interesseområde innenfor fylket. På samme måte som i Helse Sør-Øst er det ikke satt av spesielle ressurser til dette arbeidet. Folkehelsearbeidet må dermed konkurrere med andre ordinære oppgaver. Det betyr i praksis at folkehelsearbeidets relevans også er bestemmende for den tiden som avsettes. Som nevnt er høyskolen også en fragmentert organisasjon både faglig og geografisk. Både de enkelte enhetene og hver enkelt institutt har stor autonomi, og i den grad det er relasjoner mellom dem, foregår det vel så mye horisontalt mellom fagpersoner som via tjenesteveien. Det betyr at det er mindre aktuelt å benytte tjenesteveien dersom det er aktuelt å mobilisere personer ved andre institutt eller enheter. Høyskolen kan således best beskrives som en løst sammensatt organisasjon, hvor nettverkene er mer fremtredende enn hierarkiet. I beste fall kan vi si at den aktuelle representanten representerer sitt eget institutt, men selv der er myndigheten i praksis begrenset. Den aktuelle representanten representerer således først og fremst seg selv, dernest kanskje instituttet, men langt fra hele høyskolen.

Dette avsnittet viser hvordan det indre livet i partnerskapsorganisasjonene har betydning for den rollen de har i partnerskapet, hva slags kompetanse og ressurser de kan bidra med inn i partnerskapet, og ikke minst hvilke begrensninger de har. Det kan for det første bidra til å forklare deltakelsen eller fraværet på møtene, det kan forklare hvorfor bare noen kan tilby de operative funksjonene, og ikke minst hvorfor engasjementet kan variere.

6.4 Faggruppene

I programperioden har det blitt satt ned seks faggrupper på ulike tema. De fem gruppene er: 1) Kosthold og ernæring, 2) Fysisk aktivitet, 3) Tobakk, 4) Helhetlig oppvekst, 5) Arbeidshelse – Sysselsetting og ungdom, og 6) Kultur for helse. Tema for de tre førstnevnte gruppene gjenspeiles i navnet på gruppene. Alle disse gruppene hadde sin opprinnelse fra Fylkesmannen og Sosial- og helsedirektoratets ønsker om å opprette slike grupper rundt Fylkesmannens arbeidsområder. De ble også le-

det av Fylkesmannens representant i sekretariatet. Den fjerde gruppen skulle arbeide med utsatt ungdom, herunder rus- og voldsproblematikk. Den femte gruppen skulle arbeidet med ungdom som falt utenfor skole og arbeidsliv. Den sjette gruppen skulle arbeidet med kulturtiltak som et virkemiddel for å fremme helse. I utgangspunktet omfattet temaområdet både unge og eldre, men synes i praksis å ha dreid seg primært om eldre.

Faggruppene skulle bestå av ressurspersoner innenfor de ulike temaområdene. Ledelsen av gruppen ble videre fordelt på de ulike partnerne i partnerskapet. Faggruppene hadde et definert mandat, men var ut over det selvstyret og fikk frihet til selv å bestemme aktivitetsnivået, arbeidsform og arbeidsoppgaver.

Aktivitetsnivået i faggruppene har vært noe variabel. De to gruppene som ser ut til å ha fungert best, er faggruppen for kosthold og ernæring og faggruppen for fysisk aktivitet. Fra faggruppen kosthold og ernæring finner vi referater tilbake til 2005 og frem til sommeren 2009, noe som viser at det har vært kontinuitet i gruppen fra programmets oppstart og frem til i dag. Referatene viser også til at det har vært stor aktivitet i gruppen. I korthet dreier dette seg om at partnerne har mange orienteringssaker om egne virksomheter, og gruppen har igangsatt eller støttet flere prosjekter (folkehelsemelding, Helsefremmende skoler, forskningsprosjekt om kosthold blant barn, Fiskesprell m.fl.). I tillegg vises det bl.a. også til gjennomførte studieturer, til mobilisering for å finansiere prosjektleder for prosjektet Helsefremmende skole, til knoppskytinger av nettverksgruppe innen tannhelse og arrangement av ulike slag. Alle disse aktivitetene er ikke nødvendigvis etablert på initiativ fra faggruppen, men det viser likevel at gruppen har hatt et høyt aktivitetsnivå. Samtidig er det også et avgrenset felt der medlemmene i gruppen har bidratt fra ulike ståsteder.

I følge flere informanter har gruppen for fysisk aktivitet også fungert godt, men har kortere fartstid enn faggruppen for Kosthold og ernæring. Oppstartsmøtet for denne gruppa var i mai 2008. Inntrykket fra referatene er imidlertid at mye her har dreid seg om å orientere om aktuelle temaer den enkelte representant er engasjert i og orientering om ulike prosjekter som sorterer under fagområdet. Det ser med andre ord ikke ut til at gruppen har utarbeidet noen egen strategi eller konkrete tiltak.

Faggruppen for tobakk var en av de første gruppene som ble startet opp (2005). I henhold til møtereferatene, har gruppen både vært opptatt av å fremskaffe og utveksle informasjon mellom deltakerne, støtte røyksluttekurs, samt støttet eller bidratt til andre prosjekter som har til formål å redusere røyking. Et slikt tiltak er bl.a. et samarbeid med fotballklubben Odd Granland om røykfrie tribuner på klubbens fotballstadion. Et annet tiltak er røykfrie videregående skoler. Det siste året har det imidlertid ikke vært aktivitet i denne gruppen på grunn av kapasitetsproblemer. Det er imidlertid planer om å starte denne opp igjen.

I henhold til referatene fra arbeidsgruppen for Helhetlig oppvekst, ser det ut til at mye av oppmerksomheten her har vært rettet mot å gjennomføre en spørreundersøkelse i Telemark mot ungdomsgrupper. Riktignok har gruppen også andre saker på dagsorden, men det er denne undersøkelsen som synes å være det mest konkrete tiltaket. I møtereferatenes oversikt over fremmøtte/fraværende, er listen over de fraværende vel så lang som listen med fremmøtte. På det siste møtet i gruppen var det kun 3 av 11 medlemmer som møtte, og gruppen vedtok å legge ned seg selv. Et av argumentene fra politiets representant var at arenaen synes overflødig, i og med at de allerede hadde samarbeid med ”de det er nødvendig å samarbeide med”. Det ble avholdt fem møter i gruppa.

Faggruppa for Arbeidshelse – Sysselsetting ungdom har også hatt lav deltakelse på møtene. På det første møtet der det i alt var 11 representanter til stede, ble det bestemt at gruppen skulle arbeide med ungdom som faller utenfor skolen og med-etablering av en ungdomsgruppe med mandat til å jobbe frem konkrete tiltaksforslag. I de to påfølgende møtene er det kun halvparten som møter og deriblant en av de som skulle etablere ungdomsgruppen. På det siste møtet som vi har referat fra, står det at arbeidet i gruppen bør koordineres med tilsvarende som jobber innenfor samme området, bl.a. NAV. Siste møte ble avholdt i mars 2009 og etter dette har det ikke vært aktivitet i gruppen. Dette må ses i sammenheng med at NAV hadde en ledende rolle i gruppen, og at fylkeskommunen også undertegnet en annen bilateral avtale med NAV som omhandlet noen av de samme områdene.

I følge de tre møtereferatene vi har fra faggruppen for Kultur og helse, har det vært et rimelig godt oppmøte i denne gruppa. Dette gjelder for perioden januar 2008 til august 2008. I det første møtereferatet fremgår det at gruppa ikke vil prioritere noen bestemt aldersgruppe eller funksjonsnivå. Derimot ønsker de heller å ta utgangspunkt i mennesker som på en eller annen måte er isolert, og ikke benytter det

alminnelige kulturtilbudet. I referatet fra det andre møtet står det at de ønsker å fokusere på eldre og kultur, samtidig som det også fremgår at de ”famler litt for å finne ut av mandatet”. Referatet fra det tredje møtet viser at gruppa fremdeles er usikre på hva de skal arbeide videre med. Forslagene synes imidlertid å gå tilbake til utgangspunktet, nemlig å ikke prioritere noe bestemt alder eller funksjonsnivå. Etter hvert blir det i følge gruppelederen, vanskelig å samle gruppa, og den anses derfor i dag som nedlagt.

Vi ser at faggruppene har hatt noe variabel suksess. Det som kjennetegner de to som har fungert best, er at de begge er ledet av en representant fra sekretariatet. Det å ha en fulltidsengasjert person i denne rollen, ser med andre ord ut til å være avgjørende for kontinuiteten. Erfaringen med at faggruppen for tobakk, der aktiviteten opphørte når sekretariatets representant trakk seg ut, bekrefter også dette. En annen erfaring vi kan trekke ut av historien til faggruppene, er at folkehelseprogrammet som partnerskap også konkurrerer om oppmerksomheten med andre partnerskap. Dette ser vi eksempel på i Faggruppa for Arbeidshelse – Sysselsetting etter at NAV inngikk et bilateralt partnerskap med fylkeskommunen, noe som sannsynligvis har gjort at deltakelsen i folkehelseprogrammet ble mindre interessant for NAV. Tilsvarende finner vi at politiet trakk seg fra faggruppen for helhetlig oppvekst som følge av at deres interesser ble ivaretatt i annet partnerskap. Det peker samtidig på det faktum at det i dag eksisterer et mangfold av partnerskap og at de enkelte aktørene velger det partnerskapet de ser størst nytte i. I den sammenheng skal vi ikke se bort i fra at et mindre og mer målrettede partnerskap kan være mer attraktive enn bredt sammensatte partnerskap.

6.5 Kommunale partnere

I dette avsnittet har vi tatt for oss Folkehelseprogrammets partnerskap med kommunene. Vi innleder med en kort omtale av avtalene og koordinatorstillingene som er opprettet i kommunene. Deretter har vi med utgangspunkt i intervjuer vurdert kommunenes rolle i partnerskapet.

6.5.1 Partnerskapsavtaler og koordinatore

Forholdet til kommunene er regulert gjennom partnerskapsavtaler. Det er 11 av fylkets kommuner som har undertegnet en slik partnerskapsavtale. Tre av disse kommunene – Bø, Sauherad og Nome – har lagt folkehelsearbeidet til et interkommunalt organ, hvilket i praksis betyr at de har undertegnet en felles avtale. Med andre ord har fylkeskommunen undertegnet 9 avtaler.

Avtalene inneholder formuleringer om mål og hva partnerne skal bidra med under avtalen. Hovedmålet er at kommunen skal legge til rette for at innbyggerne skal oppnå en best mulig helse og oppleve mestring, trygghet, mening, respekt og verdsetting. De er også forholdsvis konkrete mht. forventinger til kommunene. Bl.a. er det et krav om at folkehelsearbeidet skal forankres i kommunens ledelse og overordnet planverk. Videre inneholder avtalene et krav om å avsette midler til kommunale folkehelsekoordinatorer. I avtalene fremgår det at folkehelseprogrammet og kommunene sammen skal finansiere stillingene. Kommunens bidrag skal minst være 50 % av de totale utgiftene til stillingene. I tillegg skal kommunen også bidra med egeninnsats eller egne midler for å få utløst tilskudd fra fylkesknivået.

Stillingsprosenten til koordinatorene varierer en del. I flere av kommunene finner vi relativt små stillingsbrøker. Dette gjelder Kragerø (30 %), Notodden (20 %), Seljord (20 %), Vinje (20 %) og Nissedal (20 %). Det betyr at folkehelsekoordinatorene også fyller sin stilling med andre oppgaver. I Midt-Telemark ble det avsatt en 60 % stilling for kommunene Bø, Sauherad og Nome. Koordinatoren her var ansatt i sekretariatet for Midt-Telemarksrådet. Det er kun i Skien, Porsgrunn og Bamble de har hatt 100 % stillinger. I Porsgrunn har det vært to personer som har delt på stillingene. Alle kommunene som har undertegnet partnerskapsavtale har også hatt folkehelsekoordinator. Ved utgangen av programperioden har imidlertid to av koordinatorene sluttet i stillingene.

6.5.2 Prioriteringer og prosjekter

De ulike koordinatorene har jobbet på noe ulike måter i kommunene. I henhold til møtereferatene kan vi dele aktivitetene i tre grupper. Herunder finner vi aktiviteter som foredrag, festival, messer, dagskonferanser og ulike former for fremstøt mot media. En annen type aktiviteter er rydding eller tilrettelegging av turstier/veier/

fiskeplasser, arrangement av turaktiviteter, samt aktivitetsdager/-arrangement for utvalgte grupper. En siste type tiltak kan vi kalle administrative, og det dreier seg om møtevirksomhet med aktører i eller utenfor kommunen, møter med styrings- eller referansegrupper, besøk på institusjoner, samt arbeid med strategi, frivillighetsplaner og søknader av ulike slag. Et inntrykk er at dette i hovedsak dreier seg om forholdsvis mange, men små og kortvarige prosjekter.

Møtereferatene viser også til at mye av folkehelsekoordinatormøtene har gått med til å informere koordinatorene om aktuelle prosjekter. Vi finner også ved flere anledninger, at koordinatorene får informasjon om og oppfordres til å delta i aktiviteter innenfor Helsefremmende skole. Med andre ord viser dette at sekretariatet eller prosjektlederen aktivt har ønsket å få kommunene med i gjennomføringen av dette programområdet. Inntrykket er imidlertid at kommunene bare i varierende grad har arbeidet med prosjekter innenfor dette programområdet. Unntakene er prosjektet Gøy og trygg på sykkel, samt at koordinatorene i både Porsgrunn, Bamble og Skien har vært involvert i prosjekter som ligger inn under dette programområdet. Spesielt koordinatoren i Skien har rettet mye av innsatsen mot skolene. I intervjuene med folkehelsekoordinatorene fremgår det for øvrig at koordinatorene også har jobbet med større prosjektaktiviteter. Et eksempel er deltakelsen i prosjektet Fiskeprell. Generelt ser det ut som at de med størst stillingsbrøker også er de som er mest involvert i de store prosjektene. Det ser for øvrig ikke ut til at kommunene har prioritert noen spesielle områder innenfor folkehelseprogrammet.

6.5.3 Arbeidsmåte og forankring

I intervjuene stilte vi spørsmål om hvordan folkehelsekoordinatorene hadde jobbet internt i kommunen. Bortsett fra et par av koordinatorene, svarer de øvrige entydig at de har jobbet ut fra en nedenfra og opp strategi. Dette innebærer i hovedsak at de har arbeidet med mindre prosjekter og med nettverksbygging ut mot frivillige organisasjoner og mot de operative virksomhetene i kommunen. Det er to hovedgrunner til dette. Den ene er at det er vanskelig å nå frem oppover mot kommunaledelsen. Dels har dette sammenheng med at det har vært andre mer presserende saker på dagsorden, bl.a. omorganiseringer, og dels at koordinatorene opplever manglende interesse fra ledelsens side. Den andre grunnen dreier seg om at man

først ønsker å få til konkrete prosjekter, for deretter å ha noe å vise til oppover i systemet.

”Jeg har jobbet veldig nedenfra og opp. Men jeg har tenkt på at jeg kanskje skulle jobbet andre veien. Men det å ha prosjekter å vise til, gjør det kanskje lettere å vinne fram. Men etter hver må det inn i virksomhetsplanene over hele linja, men da ser de i hvert fall at de ikke bare får en plan som tres nedover hodene på dem.”

Et par av koordinatorene hevder imidlertid at de både har jobbet oppover mot kommuneledelsen og nede i systemet med konkrete prosjekter og nettverksbygging. Ikke overraskende er dette koordinatorene med større stillingsbrøker, og med erfaring fra det kommunale systemet. Men selv disse gir uttrykk for at den mest utfordrende delen er å jobbe oppover mot kommuneledelse og plansystemene. Generelt oppleves dette som en vanskelig prosess, spesielt å få innpass eller aksept hos kommuneledelsen. Et par av informantene viser også til at både politikere og de enkelte kommunale tjenesteenhetene kan være positive, men at den største utfordringen ligger i kommuneledelsen:

”Min oppfatning er at politikerne har et stort fokus, men fra rådmannens side så er ikke fokuset der. Fokuset stiger igjen på enhetsnivå. Rådmannen har ikke hatt et klart nok mål og mening med det her.”

Flere av koordinatorene har likevel en viss forankring via ulike typer organ som er etablert i forbindelse med folkehelsearbeidet. Fra et koordinatormøte i 2007 finner vi en gjennomgang av ulike samarbeidsorgan som fire av koordinatorene hadde opprettet. Her fremgår det at koordinatoren i Skien har etablert et arbeidsutvalg med 8-10 representanter fra ulike råd innen kultur, idrett og andre frivillige organisasjoner. Midt-Telemark har et folkehelseråd med 13-14 medlemmer. Fra Porsgrunn vises det til at de har en referansegruppe med representanter fra ulike faggrupper i kommunen, men at den bør utvides med en representant fra frivillig sektor. I Notodden har de et folkehelseråd bestående av administrasjon, helsesøster, teknisk etat, leder i helse og sosialutvalget samt representanter fra frivillig sektor. Det er imidlertid flere av koordinatorene som har etablert tilsvarende utvalg eller grupper i tilknytning til folkehelsearbeidet.

En av koordinatorene hevder også at styringsgruppen som ble etablert i forbindelse med stillingen, ikke har fungert tilfredsstillende. I følge den aktuelle koordinatoren

har dette sammenheng med at flere møter har blitt avlyst som følge av at medlemmene er for opptatte med andre saker. En annen koordinator har tilsvarende erfaring med en arbeidsgruppe som besto av ”mange ildsjeler”, men som ikke hadde fått avsatt tilstrekkelig tid til arbeidet. Samtidig finner vi også eksempler på at arbeidsgrupper har fungert bedre. Det er vanskelig å peke på noe entydig suksesskriterier i forhold til slike grupper, bortsett fra at tid og ressurser synes å være en knapphetsfaktor.

Folkehelsekoordinatorene ble på et tidspunkt også representert i folkehelseforumet. I utgangspunktet var det KS som skulle være kommunenes representant her, men det har åpenbart ikke fungert slik det var tenkt, noe som også fremkommer i et av møtereferatene. Løsningen ble dermed å utvide forumet med representanter fra koordinatorene ute i kommunene.

6.5.4 Vurderinger

Hvordan opplever så koordinatorene at de har lykket med folkehelsearbeidet i kommunene? Det koordinatorene gjennomgående svarer, er at de i det minste har lykket med å få iverksatt prosjekter i mer eller mindre grad og/eller etablert nettverk. I den sammenheng svarer et par av koordinatorene at satsingen mot skole nok har vært det mest vellykkede. Samtidig vises det til at innsatsen både fra prosjektleder for Helsefremmende skole og Telemark Idrettskrets har vært avgjørende og at deres innsats er viktig for å holde prosjektene i gang. Med andre ord antyder informanten på at skolene sannsynligvis ikke vil drive de aktuelle prosjektene selv, uten støtte eller påtrykk utenfra. En annen er usikker på om tiltakene treffer de som trenger det mest. Bl.a. peker denne på at tiltak som koster, sannsynligvis treffer de gruppene som har mest penger og som er sunnest fra før. Informanten peker dermed på en annen utfordring, nemlig på forholdet mellom de mange aktivitetene på den ene siden og virkningen av dem på den andre. De fleste av prosjektene synes formålstjenelige, men det er likevel usikkert hvem man treffer med tiltakene, og om man treffer dem som har størst behov.

I intervjuene stilte vi også spørsmål om koordinatorene så for seg at noe burde gjøres annerledes fremover. Av de som hadde klare forestillinger om dette, finner vi at det er to forhold som går igjen. De ene er at man ønsker bedre innpass og ryggdekning hos den politiske og administrative ledelsen i kommunen. Det andre dreier seg

om å ha et nettverk av personer rundt seg i kommunen som har avsatt tid. Kort sagt synes det å være et gjennomgående ønske å ha bedre forankring både i kommuneledelsen og nede i organisasjonen.

6.6 Oppsummering

I dette kapitlet har vi tatt for oss organiseringen av Folkehelseprogrammet. Formålet har vært å se på hvordan partnerskapsmodellen har fungert, og hvorvidt modellen er et hensiktsmessig virkemiddel for å nå programmets målsettinger. I kapitlet har vi spesielt sett på partnerskapets fire hovedaktører: sekretariatet, folkehelseforumet, faggruppene og folkehelsekoordinatorene i kommunene. I denne oppsummeringen sammenfatter vi erfaringene fra de ulike delene av organisasjonen, og forsøker å se dem i sammenheng. I det avsluttende konklusjonskapitlet betrakter vi også erfaringene i lys av de teoretiske ansatsene innledningsvis i kapitlet. Sekretariatet, sammen med de to prosjektlederne, har spilt en aktiv og avgjørende rolle i folkehelseprogrammet, både faglig, administrativt og økonomisk. Dette sammen med at flere av partnerne har spilt en mer beskjeden rolle, gir partnerskapet preg av å være en prosjektorganisasjon med en styrende prosjektledelse, mer enn et likeverdig partnerskap. I følge Arbo (2002) viser erfaring også at det er viktig med en klart definert ledelse. Samtidig peker Svensson og Nilsson (2008) på at det ikke er uvanlig at partnerskap ofte har fungert som et ordinært prosjekt med en sentral og sterk prosjektledelse, og et mer passivt partnerskap. På den ene siden skal vi ikke se bort i fra at den aktive rollen til sekretariatet kan ha bidratt til at partnerne mer eller mindre ubevisst har glidd inn i en mer passiv rolle enn de ellers ville hatt. På den andre siden kan den aktive rollen til sekretariatet også skyldes at partnerne har hatt et noe varierende engasjement i forumet. En forklaring på at enkelte partnere har hatt en noe passiv rolle, kan igjen forklares med at enkelte representanter mangler et tydelig mandat fra og forankring i sine respektive organisasjoner. Dette gjelder spesielt et par av de statlige institusjonene.

I kapitlet har vi også sett nærmere på hvordan det indre livet i partnerskapsorganisasjonene har betydning for den rollen de har i partnerskapet, hva slags kompetanse og ressurser kan bidra med inn i partnerskapet, og ikke minst hvilke begrensninger de har. Det kan for det første bidra til å forklare deltakelsen eller fraværet på møtene, det kan forklare hvorfor bare noen kan tilby de operative funksjonene

og ikke minst hvorfor engasjementet til partnerne kan variere. I den forbindelse viser Arbo (2002) til at partnerne både må ha institusjonelt spillerom og legitimitet i forhold til måten å jobbe på, mens Andersen og Røyseland (2009) peker på at partnerne må ha status som prinsipal. Erfaringen fra folkehelseforumet viser imidlertid at partnerne bare delvis har det institusjonelle spillerommet eller statusen som prinsipal med seg fra sine organisasjoner. Dette har åpenbart også hatt innvirkning på den rollen de har hatt i forumet.

Basert på partnernes egne oppfatninger, har vi skilt mellom fire roller som partnerne identifiserer seg med. De aktuelle rollene er påvirker- eller beslutningsrollen, utførerrollen, rollen som informasjons- eller kunnskapsformidler og observatørrollen. Det er kun to av partnerne som opplever at de først og fremst bekler utførerrollen. Samtidig er det flere av de andre som ønsker, eller sier at de burde ikledd seg, en slik rolle. Med tanke på kapasiteten til å gjennomføre konkrete prosjekter, kan det generelt se ut som at denne rollen representerer en flaskehals i forumet. Ser vi dette i lys av Arbos (2002) suksesskriterier, kan vi si at flere mangler det han kaller ”ansporing til handling”.

Folkehelseforumet var ment å være programmets strategiske organ. I det minste i starten av programperioden bærer det imidlertid preg av å inneholde mye orienteringssaker. Generelt synes det heller ikke å være noe forum for de store diskusjoner. Tvert imot preges forumet av konsensus omkring saker og planer. De to første årene av programperioden hadde man også et forholdsvis bredt fokus med mange programområder. Etter hvert ser vi riktignok at det foretas visse prioriteringer, men uten at dette synes å utløse store diskusjoner. I følge Svensson og Nilsson (2008) er det imidlertid ikke uvanlig at slike fora preges av konsensus. Samtidig stiller de spørsmål om en slik konsensusorientert organisasjon er i stand til å lære eller endre det systemet de selv er en del av.

Samhandling har vært et sentralt mål for folkehelseforumet. Vi finner at partnerne først og fremst vektlegger informasjons- og kunnskapsutveksling som den viktigste gjensidige nytteverdien. I kapitlet trekker vi også frem flere konkrete eksempler på hvordan partene enten ser for seg at de har, eller faktisk har hatt, nytte av hverandre. Til tross for at det i møtene har vært mye fokusert på gjensidig samhandling, begrenser det seg likevel for de fleste til i hovedsak å gjelde informasjons og kunnskapsutveksling. Her kan vi dermed trekke inn Andersen og Røyselands (2009) kriterium om at partnerne må ha med seg enten materielle eller immaterielle ressurser

inn i partnerskapet. Felles for alle partnerne i folkehelseforumet er at de mer eller mindre har brakt inn immaterielle ressurser, men bare i varierende grad materielle ressurser i form av økonomi eller arbeidskraft.

Formålet med faggruppene var at de skulle bringe innspill inn til folkehelseforumet. Faggruppene har imidlertid hatt et variabelt aktivitetsnivå. To av de seks gruppene har hatt god aktivitet, mens virksomheten i de øvrige mer eller mindre har opphørt. Vi finner imidlertid at det også har vært en viss aktivitet i de gruppene som opphørte. Det kan se ut som at det å ha en leder i gruppen som er fulltidsengasjert med folkehelsearbeidet, har vært avgjørende for aktiviteten i gruppene. Samtidig har lederen av de to aktuelle gruppene hatt plass i folkehelseforumet, noe som har bidratt til en mer direkte kobling mellom faggruppene og forumet.

Vi har også sett at faggruppene konkurrerer med andre tilsvarende partnerskap om deltakerne. I to av gruppene finner vi at sentrale partnerne trekker seg ut for å delta i andre samarbeidsgrupper utenfor folkehelseprogrammet, noe som også får avgjørende betydning for aktiviteten i de to aktuelle gruppene. I kjølvannet av disse erfaringene kan vi dermed stille spørsmål om det ikke kan være vel så aktuelt å inngå partnerskap med partnerskap, som det å inngå partnerskap med organisasjoner enkeltvis. Siden et av formålene med faggruppene var å komme med innspill til folkehelseforumet, er det trolig ingenting i veien for at løsere tilknyttede samarbeidsgrupper kan ivareta denne rollen vel så godt som folkehelseprogrammets egne grupper.

Folkehelsekoordinatorene har jobbet på noe ulike måter ute i kommunene. Gjennomgående ser vi at de primært jobber med konkrete prosjekter, men aktivitetsnivået varierer, noe som naturlig nok har sammenheng med at noen har en forholdsvis liten stillingsprosent avsatt til folkehelsearbeidet. Mye av aktiviteten til koordinatorene har dreid seg om å iverksette mindre og lokalt initierte prosjekter. Koordinatorene i kommunene har bare i varierende grad vært tilknyttet det største programområdet Helsefremmende skoler. Koordinatorene opplever for øvrig at det er en utfordring å forankre folkehelsearbeidet hos kommuneledelsen. På spørsmål om de opplever å ha lykket med arbeidet, gir de uttrykk for at de først og fremst har lykket i å igangsette eller støtte opp om konkrete lokale prosjekter. Det de først og fremst savner, er en bedre forankring både hos kommuneledelsen og uten i kommunale virksomheter for øvrig. Dette viser igjen til at det er viktig at partnerne har et institusjonelt spillerom og legitimitet i egen organisasjon.

Dersom vi skal sammenfatte erfaringene fra de ulike delene av Folkehelseprogrammets organisasjon, så bærer det preg av at det er en prosjektorganisasjon i bunn som holder programmet sammen. Dette består av personer som er dedikert til oppgaven gjennom stillinger som er opprettet for formålet. Det vi her kaller prosjektorganisasjonen består av sekretariatet, prosjektlederne og koordinatorene i kommunene. Samtidig ser vi at partnerskapet er mer fragmentert. Dette kommer til uttrykk ved det varierende engasjementet i forumet, i den varierende oppsultningen om faggruppene og den manglende forankringen til koordinatorene ute i kommunene. I tillegg har koordinatorene dels sluttet i stillingene, og dels sitter de i delte stillinger som gjør at de også trekkes mot andre oppgaver. Dersom vi skal forsøke å svare på det innledende spørsmålet om partnerskapsmodellen er et hensiktsmessig redskap for å nå målene med programmet, blir svaret tja. Vi ser at det innenfor partnerskapsmodellen finnes det vi kan kalle en prosjektorganisasjon som fungerer. Partnerskapet ut over denne indre organisasjonen, har vært mindre vellykket. Men dette betyr ikke nødvendigvis at partnerskapsmodellen bør forkastes, noe vi kommer nærmere inn på i avslutningskapittelet.

7. Konklusjoner

Hovedproblemstillingen i denne evalueringen er om Folkehelseprogrammet i Telemark har lyktes med å gjennomføre programmet i henhold til formålet. Det er vanskelig å gi noe klart svar på dette siden de overordnede målene er forholdsvis generelle. Samtidig er det en stor bredde i delmålene og tiltakene som er iverksatt eller støttet av programmet. I evalueringen har vi derfor lagt vekt på å undersøke selve gjennomføringen av programmet og på de virkemidlene som er benyttet. Virkemidlene dreier seg her om organiseringen av programmet i et partnerskap og prioriteringer som er gjort underveis. Ut over dette har vi også undersøkt hvordan representanter for kommuner, skoler og barnehager opplever virkningene av programmet. Mer konkret har vi forsøkt å nærme oss hovedspørsmålet i mandatet ut fra følgende tre spørsmål:

- I hvilken grad er delprosjektene realisert og hvilke virkninger har de eventuelt hatt?
- I hvilken grad er delprosjektene hensiktsmessig i forhold til å nå de overordnede målene?
- Har virkemidlene i form av organisering og prioritering vært hensiktsmessige?

Det programområdet som synes å ha vært mest vellykket, er Helsefremmende skoler, noe som også har vært prioritert i programperioden. Dette inneholder flere prosjekter og retter seg mot alt fra barnehager til videregående skoler. Barnehager og skoler synes generelt å være en god arena å drive folkehelsearbeid på, bl.a. fordi man her treffer mange i målgruppen. Skolearenaen har imidlertid også sine begrensninger i den forstand at det er grenser for hvor mye plass folkehelse kan få i skolehverdagen. Samtidig er dette et godt eksempel på hvordan man har nådd ut og integrert folkehelse i annen sektor, dvs. utdanningssektoren.

Hva så med virkningen av satsingen innenfor programområdet Helsefremmende skole? Dersom vi tar utgangspunkt i spørreundersøkelsene rettet mot barnehager, skoler og kommunen, er hovedinntrykket positivt, men likevel noe blandet. Kostholdsprosjektene har langt på vei vært vellykket. Det er gjennomført flere tiltak

som retter seg mot alle nivåer fra barnehage til videregående skoler. Innsatsen synes å ha båret mest frukter i barnehagene og ved de videregående skolene. Satsingsområdet fysiske aktiviteter har også hatt et bredt nedslagsfelt. Spesielt kan vi her trekke fram prosjektene Gøy og trygg på sykkel og Aktiv skole. Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at omtrent halvpartene av rektorene som svarte, mente at tiltaket hadde bidratt til å øke den fysiske aktiviteten eller bedret kostholdet.

Det har også vært mye aktivitet knytte til ulike tiltak for å styrke skolehelsetjenesten. Tiltakene oppleves av de involverte som nyttig og hensiktsmessig, men har i følge spørreundersøkelsene i liten grad bidratt til å øke kommunenes ressursinnsats til dette formålet.

Satsingen på psykisk helse og rus/tobakk har blitt mindre vektlagt i gjennomføringen av folkehelseprogrammet. Like fult svarer skolene at de har vært aktive på disse områdene, og at de har hatt en virkning. Svarene her gjenspeiler sannsynligvis at de har vært med i nasjonale prosjekter som de dermed relaterer til Folkehelseprogrammet. En annen forklaring kan være at det er igangsatt lokale prosjekter som ikke har vært involvert i Folkehelseprogrammet. Dette viser for øvrig at det kan være vanskelig å skille virkningene av Folkehelseprogrammet fra andre tiltak.

Vi har ikke gått like grundig tilverks i forhold til andre programområder, som Aktiv senior og Helse i plan. Vi ser imidlertid at det også er igangsatt flere tiltak innen Aktiv senior, men sammenlignet med tiltakene innenfor Helsefremmende skole, har man ikke nådd like langt på dette området. Helse i plan er et forholdsvis nytt prosjekt, men samtidig har det vært et mål gjennom programperioden å få folkehelse inn i kommunenes planverk. Her har man lyktes i mindre grad. Samtidig er det rimelig å anta at det nasjonale prosjektet Helse i plan vil kunne fungere som drahjelp i forhold til denne satsingen.

I tillegg til de større programområdene, må vi også ta med tilskuddsordningen i programmet. Vi finner her at det er gitt støtte til et mangfold av små prosjekter som er initiert nedenfra av kommuner og organisasjoner.

Kan vi så si at delprosjektene har vært hensiktsmessige i forhold til de overordnede målene? Det er vanskelig å peke på andre og mer relevante satsinger enn det som allerede er inne i programmet. Tvert imot favner programmet kanskje for bredt, og i rapporten har vi pekt på at det også bærer preg av å være noe fragmentert. Flere av partnerne i folkehelseforumet gir også uttrykk for at den brede satsingen opple-

ves som å være noe fragmentert og lite sammenhengende. For det første er det mange lokale prosjekter som har fått støtte av programmet, og som ikke har vært knyttet opp til de større programsatsingene på fylkesnivå. Dette inkluderer også tiltak igangsatt av kommunale folkehelsekoordinatorer. For det andre ser vi at programmet har spisset mye av innsatsen mot Helsefremmende skoler, uten at en tilsvarende spissing i realiteten gjenspeiler seg i programmets handlingsplaner. Riktignok er det gjort årlige prioriteringer i handlingsplanene underveis, men bredden i tiltaksområdene har likevel ligget fast i hele programperioden. I praksis synes det som at mye av aktiviteten på mange av de øvrige områdene, er ivaretatt gjennom tilskuddsordningen til mer spredte og små prosjekter. I rapporten stiller vi derfor spørsmål om hvorvidt det er noe sammenfall mellom de større nasjonale satsingene eller regionalt initierte prosjektene på den ene siden, og på den andre siden de mange små og lokalt initierte prosjektene. Videre er det også et spørsmål om programmet har hatt tilstrekkelig organisatorisk kapasitet til å ivareta den brede satsingen som opprinnelig var planlagt. I det minste er det rimelig å tro at en mer aktiv partnerskapsorganisasjon, ville bidratt til at større deler av programmet i dag ville kommet like langt som Helsefremmende skole.

I kapitlet som omhandler partnerskapet, fremgår det at det først og fremst har vært sekretariatet og prosjektlederne som har vært drivkraften i programmet, en konstellasjon som for øvrig bærer preg av å være en prosjektorganisasjon. Partnerskapets rolle synes derimot å ha vært av variabel betydning. Ordningen med faggruppene har også vært en blandet suksess. Med andre ord ser det ut til at prosjektorganisasjonen har vært drivkraften i programmet, samtidig som at partnerskapet ikke helt har klart å finne sin rolle. Riktignok finne vi flere eksempler på at partnere har funnet sammen i felles prosjekter, men generelt synes den største vinningen å være at partnerne har blitt kjent med hverandre. En forklaring på dette er at flere av dem mangler det vi har kalt et institusjonelt spillerom, og at deres roller derfor blir noe uklare. Den rollematchen som ser ut til å være mer vellykket, er fylkeskommunens rolle som bestiller og de frivillige organisasjonenes rolle som utfører.

De konklusjonene som vi har kommet frem til over, leder til spørsmålet om hvorfor partnerskapet ikke har fungert helt etter intensjonen, og hvorfor programmet oppfattes som noe fragmentert. Det synes ikke å ha vært mangel på innsats fra sekretariatets side, for å få folkehelseforumet eller faggruppene til å fungere. Etter vårt

skjønn synes noe av forklaringen å være oppfatningen av måten folkehelseforumet skal samhandle på, noe som har vært en av de primære oppgavene til forumet. Langt på vei har man forsøkt å få til *horisontal samhandling* mellom såkalte likeverdige partnerne i forumet. Spørsmålet er imidlertid om dette har vært den viktigste måten å samhandle på. Ser vi på det samarbeidet som kanskje har fungert best, finner vi faktisk at dette dreier seg om en *vertikal samhandling*, noe vi skal forsøke å utdype nærmere.

Dersom vi tar utgangspunkt i prosjektet Aktiv skole, som må sies å ha vært et vellykket samarbeid mellom fylkeskommunen og Telemark Idrettskrets, kjennetegnes dette av å ha røtter i et nasjonalt initiert program, det har en operatør eller en agent som er Telemark Idrettskrets, og det har en lokal arena som er ungdomsskolene. Med andre ord kan vi si at vi har en ovenfra-og-ned-satsing (nasjonalt program) som møter en nedenfra-og-opp-satsing (skolene), og som bindes sammen av det vi kan kalle en agent (Telemark Idrettskrets).

De områdene hvor man har lykket mindre, ser vi at det mangler ett eller flere av disse leddene. Det er med andre ord på flere områder en svak match mellom det som er initiert på nasjonalt nivå og det som er initiert nedenfra. På den ene siden finner vi nasjonale satsinger eller regionalt planlagte tiltak, samtidig som vi nedenfra finner flere lokale initiativ innenfor de samme områdene, men som ikke kobles sammen på noen måte. Dette kan sannsynligvis også forklare hvorfor programmet oppleves som noe fragmentert og lite sammenhengende. Dette viser også at det kanskje er større behov for å vektlegge den vertikale samordningsdimensjon mellom nasjonalt (eller regionalt) initierte programmer og lokale arenaer, mer enn en horisontal samordning mellom likeverdige partnere. For å illustrere dette ytterligere, kan vi benytte programområdet Helsefremmende skoler som eksempel.

Helsefremmende skoler har dels opphav i noen nasjonale satsinger og dels i noen som er initiert på fylkesnivå. Det som imidlertid er felles er at de har et innhold, en ide eller et bestemt et formål. Det andre som kjennetegner dette prosjektet er at det har en regional agent, nemlig prosjektlederen for Helsefremmende skoler. Denne har vært avgjørende for å drive frem og implementere prosjektene på lokalt nivå. Det tredje som kjennetegner dette prosjektet, er at det har en lokal arena eller lokal målgruppen, dvs. skolene/kantinene og helsesøstrene i kommunene. Med andre ord ser vi at det er en god match ovenfra de nasjonale programmet og ned. Videre ser

vi også at lokale initiativ støtter opp om prosjektet, for eksempel skoler som søker om vannbeholder eller helsesøstre som danner nettverk.

Et eksempel hvor innsatsen fra programmet har vært mindre, er området psykisk helse. Spørsmålet her blir hvorfor dette har fått mindre fokus? Her finner vi flere eksempler på at det er iverksatt spredte tiltak lokalt, bl.a. av aktører som har søkt støtte og i kommunene. Samtidig finnes det også nasjonale programmer på dette området. Skolene eller helsesøstre er også aktuelle arenaer for en slik satsing. Imidlertid ser vi at det mangler en tydelig agent eller operatør på dette området. Spørsmålet blir dermed hvem som kan fylle rollen som agent i forhold til satsingen på psykisk helse.

Et annet eksempel på et område som har vært forholdsvis usynlig, er internasjonalt samarbeid. Innenfor dette satsingsområdet finner vi prosjektet Safe Community, som er både et nasjonalt og internasjonalt prosjekt med et klart definert innhold. Samtidig finner vi på den andre siden at det er minst én kommune som har et lokalt engasjement innenfor dette prosjektet. På samme måte som for innsatsområdet psykisk helse, finner vi heller ikke her noen regional agent som kan knyttes sammen den nasjonale satsingen og lokale initiativ.

Med bakgrunn i eksemplene over, kan det derfor være hensiktsmessig å legge mer vekt på det vi kan kalle vertikale prosjektsøyler, dvs. prosjekter som både har støtte ovenfra i form av nasjonale programmer eller regionalt initierte programmer og støtte nedenfra i form av konkrete aktiviteter på en definert arena. Samtidig synes det å være avgjørende å ha en agent eller operatør i rollen som bindeledd. Agentrollen ser imidlertid ut til å være en knapphetsfaktor i programmet. Mye av ansvaret for å ivareta denne rollen er lagt på de to prosjektlederstillingene. I tillegg fungerer to frivillige organisasjoner i folkehelseforumet på samme måte. Likevel synes det å være en forutsetning at flere i partnerskapet ikler seg en slik rolle for å kunne implementere større deler av programmet. I rapporten har vi også beskrevet hvordan denne rollen kan utformes gjennom eksemplet med prosjektlederen for Helsefremmende skoler.

Noe av utfordringen er at agentrollen ikke uten videre bare kan tildeles den enkelte partnerskapsorganisasjon. I rapporten har vi pekt på at det indre liv i partnernes organisasjoner spiller en stor rolle i forhold til både det engasjementet de har og den rollen de faktisk spiller. Bl.a. har vi vist at partnerne i varierende grad har et

institusjonelt spillerom. Implikasjonene av dette er for det første, at man må stille spørsmål om hvilke aktører som skal sitte i et slikt partnerskap, herunder hvem i de ulike partnerskapsorganisasjonene som bør være representert. Spesielt er det viktig at de som representerer de statlige organisasjonene, har et institusjonelt spillerom i egen organisasjon. For det andre er nok agentrollen noe enkelte organisasjoner må lære gjennom egen utviklingsprosess. En interesseorganisasjon som i hovedsak har innstilt sin organisasjon på å påvirke beslutningsprosesser, er ikke uten videre i stand til å utføre en mer aktiv agentrolle. Tilsvarende er det en utfordring for partnerskapsrepresentantene fra de statlige organisasjonene, å representere helheten til såpass store og komplekse organisasjoner. Kan hende kompleksiteten i disse organisasjonene krever at de blir representert i partnerskapet med en egen prosjektorganisasjon som har forgreninger både i ledelse og i ulike operative enheter. For det tredje er agentrollen tidkrevende. Agentrollen bør derfor bekles av personer som har avsatt tid og ressurser til dette arbeidet. Det kan derfor være nødvendig med økonomisk støtte for at partnere skal være villige og ha mulighet til å ikle seg en slik rolle. En slik støtte kan enten komme fra folkehelseprogrammet, i form av avtaler om at partnerne avsetter egne ressurser eller i form av annen ekstern støtte (for eksempel fra nasjonale programmer).

Implikasjonen av å integrere prosjektene mer langs den vertikale dimensjonen, er at det oppstår et behov for å samordne horisontalt mellom prosjektene. Dette vil kunne oppstå på mange områder. For eksempel vil skolen kunne være en arena for flere prosjekter eller satsingsområder samtidig, noe som vil kreve samordning mellom dem. Andre eksempler kan være å samordne økonomisk støtte og gjensidig utnytte prosjektenes kompetanse. Det kan også tenkes at to eller flere prosjekter kan samordnes for å støtte opp om samme mål. Et eksempel på dette kan være prosjektet "Kartlegging av helsesøsterressurs" og Helse i plan som begge vil kunne bidra til målet om å styrke skolehelsetjenesten i kommunene. Behovet for å samordne horisontalt mellom ulike prosjekter, vil oppstå som en følge av en sterkere vektlegging av horisontal organisering av ulike prosjekter eller temaområder. Denne formen for horisontal samordning av ulike prosjekter vil således også være en viktig rolle for partnerskapet.

På det siste spørsmålet om partnerskapet har vært en hensiktsmessig organisasjonsform, er svaret at det først og fremst er prosjektorganisasjonen som har vært drivkraften i programmet. Partnerskapet synes samlet sett å ha hatt en noe mindre be-

tydning, med noen unntak. Samtidig er det lite trolig at en prosjektorganisasjon med et sekretariat i spissen og to prosjektledere, har tilstrekkelig kapasitet til å gjennomføre et såpass bredt program. Partnerskapet kan derfor likevel være et egnet virkemiddel med tanke på å realisere større deler av programmet. Noe av utfordringen vil i så måte være å avklare hvilke roller de ulike partnerne skal ha i forumet. Vi har allerede pekt på viktigheten av agentrollen, men det kan også være andre viktige roller å spille. Det som imidlertid synes å være viktig, er at de ulike partnerne støtter opp om konkrete programområder og bidrar til å samordne disse.

Referanser

Alm, Siri (2009): "Barns holdning til sjømat. Hvilken holdning har barn til sjømat, og hvordan innvirker eksponering og sosial påvirkning deres holdning?", Masteroppgave i fiskerifag, spesialisering markedsføring, Universitetet i Tromsø.

Andersen og Røyseland (2008): "Partnerskap. Problemløsning og politikk", Fagbokforlaget, Bergen.

Arbo, Peter (2002): "Partnerskap – den nye universalløsningen?", i Plan, 6/2002, Universitetsforlaget.

Borthne, R. (2003): "Screening for psykiske plager i skolehelsetjenesten – et forsøk verdt?" i Tidsskrift for den Norske Lægeforening, nr 15/2003.

Eriksen, A.M. og Hagle, M. (2009): "En kvalitativ vurdering av implementering av fiskesprell i barnehager i Akershus fylke", Bacheloroppgave i Samfunnsnæringsfag, Høgskolen i Akershus.

Haglund, A. og Martinsen, M. (2009): "Fiskesprell. Fisk i barnehagen", Bacheloroppgave i kostøkonomi, ernæring og ledelse. Høgskolen i Akershus.

Six, Perri, Leat, D., Seltzer, K., Stoker, G. (2002): "Towards Holistic Governance. The New Reform Agenda", New York: Palgrave.

Sosial- og helsedirektoratet (2004): "Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450

St. meld. 16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge – Folkehelsepolitikken.

St.meld. nr. 25 (2005-2006) Mestring, mening og mangfold

St. meld. 20 (2006-2007) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller.

Svensson og Nilsson (2008): "Partnership. As a Strategy for Social Innovation and Sustainable Change", Santerus Academic Press, Sweden.