
RAPPORT NR. 71/2015 | Randi Bergem, Kari Bachmann, Lars Julius Halvorsen, Guri Kaurstad Skrove og Else Ragni Yttredal

KOMMUNEREFORMEN OG LOKALT FOLKEHELSEARBEID

Analyse av kommunereformens betydning for lokalt folkehelsearbeid

TITTEL	Kommunereformen og lokalt folkehelsearbeid
FORFATTARAR	Randi Bergem, Kari Bachmann, Lars Julius Halvorsen, Guri Kaustad Skrove og Else Ragni Yttredal
PROSJEKTLEIAR	Randi Bergem
RAPPORT NR.	71/2015
SIDER	42
PROSJEKTNUMMER	17205
PROSJEKTITTEL	Kommunereform og lokalt folkehelsearbeid
OPPDRAGSGIVAR	Hesledirektoratet
ANSVARLEG UTGIVAR	Møreforskning AS
ISBN	978-82-7692-349-0
DISTRIBUSJON	Åpen
NØKKEWORD	Folkehelse, lokalt folkehelsearbeid, folkehelseloven, kommunereform, kommunestruktur, kommunens roller

KORT SAMMENDRAG

På oppdrag for Helseledirektoratet har Møreforskning gjort en analyse av kommunereformens betydning for lokalt folkehelsearbeid. Analysen viser at kommunens rolle som tjenesteyter og myndighetsutøver trolig vil bli styrket når det gjelder betydningen for lokalt folkehelsearbeid. Større kommuner med større fagmiljøer kan bidra til å styrke enkelttjenester, men spesialisering og mer avstand mellom enheter og tjenester kan tenkes å svekke forutsetningene for tverretattlig samarbeid, som er en viktig tilnærming i folkehelsearbeidet. Vilråene for samfunnsutvikling, og særlig for demokratiske prosesser rettet mot lokalt folkehelsearbeid, vil kunne bli dårligere som følge av kommunereformen. Fylkeskommunen og Helseledirektoratet vil fremdeles være viktige understøttere for lokalt folkehelsearbeid. Men kommunereformen kan bidra til at det kan legges mindre vekt på råd og veiledning knyttet til konkrete temaer som fysisk aktivitet, rus, ernæring/kosthold, tobakk, psykisk helse osv. Det er fortsatt behov for støtte som tar sikte på å stimulere tverretattlig og tverrsektorielt samarbeid, herunder virkemidler som kan fremme innbyggernes deltakelse og dialogen mellom kommunen og innbyggerne. Kommunene vil trolig også ha behov for veiledning knyttet til å kunne dokumentere og formidle betydningen av folkehelsearbeid på andre måter enn ved å vise til gjennomføring av konkrete folkehelseiltak.

© FORFATTAR/MØREFORSKING VOLDA

Føresegnene i åndsverklova gjeld for materialet i denne publikasjonen. Materialet er publisert for at du skal kunne lese det på skjermen eller framstille eksemplar til privat bruk. Utan særskild avtale med forfattar/Møreforskning Volda er all anna eksemplarframstilling og tilgjengeleggjering berre tillate så langt det har heimel i lov eller avtale med Kopinor, interesseorgan for rettshavarar til åndsverk.

FORORD

Rapporten er skrevet på oppdrag for Helsedirektoratet. Oppdraget har gått ut på å analysere hvilke konsekvenser kommunereformen kan tenkes å ha for lokalt folkehelsearbeid. Analysen er basert på studier av ulike dokumenter om kommunereformen, om folkehelse og folkehelsearbeid. Prosjektet er først og fremst en analyse av hvilke konsekvenser en kommunereform, med flere større kommuner, kan tenkes å ha for lokalt folkehelsearbeid. Det er ikke en drøfting av hvilke fordeler og ulemper store, mellomstore eller små store kommuner kan ha for lokalt folkehelsearbeid, selv om analysen til en viss grad bygger på slike vurderinger (jf. dokumentene som ligger til grunn).

Arbeidet med analysen er gjort i et samarbeid mellom Møreforskning AS, avdeling Volda og Møreforskning Molde AS, med Møreforskning AS, Volda som prosjektansvarlig. Rapporten er skrevet av Randi Bergem, Lars Julius Halvorsen og Else Ragni Yttredal, Møreforskning AS, Volda, og Kari Bachmann og Guri Kaurstad Skrove, Møreforskning Molde AS.

Ellen Paulssen har vært kontaktperson i Helsedirektoratet, og vi takker Helsedirektoratet for et interessant oppdrag og godt samarbeid!

Volda, 5. november 2015

Randi Bergem
prosjektleder

INNHold

Forord.....	4
Sammen drag av hovedmomenter i analysen	6
Kommunereform, kommunens roller og lokalt folkehelsearbeid	6
Kommunereformen og samarbeid på tvers i lokalt folkehelsearbeid	7
Kommunereformen og fylkeskommunens rolle i lokalt folkehelsearbeid	8
Kommunereformen og Helsedirektoratets rolle i lokalt folkehelsearbeid	9
1. Innledning.....	10
Kommunereformen	10
Folkehelse og folkehelsearbeid	12
Lokalt folkehelsearbeid - status.....	12
Problemstillinger i analysen	13
2. Om analysen og datagrunnlaget	14
3. Kommunens roller og lokalt folkehelsearbeid	15
Kommunen som samfunnsutvikler.....	16
Kommunen som lokaldemokratisk arena.....	21
Kommunen som tjenesteyter	22
Kommunen som myndighetsutøver	24
4. Kommunereform og konsekvenser for samarbeid på tvers	26
Kommunereform og tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid	26
Kommunereform og kommuneledelsens rolle i folkehelsearbeidet.....	27
Kommunereform og samhandlingen mellom folkehelsekoordinator og ledelsen i kommunen	28
Kommunereform og samarbeid mellom kommunen og andre aktører.....	28
5. Kommunereformen og fylkeskommunens rolle i lokalt folkehelsearbeid.....	30
Kommunereform og arbeidsdelinga mellom kommuner og fylkeskommuner.....	30
Kommunereform og samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunen	32
Kommunereform og fylkeskommunens roller overfor de minste kommunene	33
6. Kommunereformen og Helsedirektoratets rolle i lokalt folkehelsearbeid	35
Referanser	38

SAMMENDRAG AV HOVEDMOMENTER I ANALYSEN

Rapporten inneholder en analyse av kommunereformens mulige konsekvenser for lokalt folkehelsearbeid. Analysen bygger på utredninger, evalueringer m.m. som foreligger om kommune- og regionstruktur, og på kunnskap om folkehelsearbeid, kommet frem gjennom evalueringsrapporter om ulike sider ved nasjonalt, regionalt og lokalt folkehelsearbeid. Vi har sett på kommunereformens konsekvenser for kommunens fire roller og for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. Videre har vi drøftet reformens betydning for fylkeskommunens og Helsedirektoratets roller i lokalt folkehelsearbeid. Her i sammendraget presenterer vi hovedmomenter fra analysen. Grunnlaget for det som blir formidlet i dette sammendraget finnes i drøftingene i de ulike kapitlene i rapporten.

KOMMUNEREFORM, KOMMUNENS ROLLER OG LOKALT FOLKEHELSEARBEID

Mer kompetanse og bedre kapasitet vil kunne påvirke rollene som tjenesteyter og myndighetsutøver på en måte som er positiv for lokalt folkehelsearbeid. Kommunens rolle som samfunnsutvikler kan bli påvirket i både positiv og negativ retning, som en følge av en kommunereform, mens vi tror at kommunen som lokalpolitisk arena, knyttet til folkehelsearbeid, vil bli svekket. Nedenfor gir vi en punktvis presentasjon av faktorer vi tror kan påvirke kommunens fire roller i de nevnte retningene.

- Flere kommunale oppgaver, som er sentrale i et folkehelseperspektiv, og som er knyttet til spesifikke tjenester, vil kunne bli styrket som konsekvens av en kommunereform med flere større kommuner, som gir breiere fagmiljøer og bedre kompetanse. Det gjelder for eksempel helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste, barnehage, barnevern, skole, pleie- og omsorg og boligsosiale tjenester.
- Større kommuner kan spille på et breiere planfaglig miljø, noe som kan ha betydning for kapasiteten til å inkludere folkehelse i planarbeidet. Muligens kan dette i sin tur påvirke positivt muligheten til å løfte fram samfunnsutviklingsperspektiv og strategiske oppgaver i folkehelsearbeidet.
- Erfaringer fra kommuner viser at både store og mindre kommuner har utfordringer i arbeidet med å skaffe et tilstrekkelig kunnskapsgrunnlag for å få oversikt helsetilstanden i kommunen. Det kan likevel tenkes at større kommuner, på sikt, vil ha noe større kapasitet på dette området.
- Folkehelsekoordinatoren er sentral i folkehelsearbeidet i kommunene. Større kommuner vil trolig ha folkehelsekoordinatorer i en større stillingsprosent, og det er bra for folkehelsearbeidet, men stillingsprosenten fordelt på antall innbyggere vil ikke nødvendigvis vil øke.
- En konsekvens av kommunereformen, kan være at folkehelsekoordinator og samfunnsplanleggere har mindre nærhet til iverksettere og samarbeidspartnere utenfor kommuneorganisasjonen. Det vil være en ulempe i folkehelsearbeidet, der samarbeid med frivillig sektor og andre aktører er sentralt, både for å fange opp hva som bør legges vekt på i

arbeidet og for iverksetting og oppfølging av tiltak. Samarbeid med frivillig sektor er en utfordring, trolig uavhengig av kommunestørrelse.

- Kommunereformen vil fjerne noen av dagens kommunegrenser, og det kan føre til en styrking av samfunnsutviklerrollen, fordi det kan drives mer helhetlig folkehelsearbeid i en region. Men det forutsetter at det legges vekt på arbeidsmåter og tilnærminger som bygger opp tillit mellom aktører internt i kommunen, og mellom kommunen og aktører utenfor kommuneorganisasjonen.
- Samfunnsutvikling der folkehelse står i sentrum, og der lokal identitet, kulturens betydning, mobilisering av innbyggere og frivillig sektor er sentralt, har en annen karakter enn samfunnsutvikling i mer tradisjonell forstand. Evalueringer viser at mål- og resultatstyring i stor grad er innført i kommunene, og spesielt i de større kommunene. Denne typen målesystemer kan fjerne noe av den tillitsbaserte arbeidsmåten til fordel for fokus på sektor- eller virksomhetsspesifikke og målbare resultater. Det er noe av årsaken til at vi tror samfunnsutviklerrollen, rettet mot folkehelsearbeid, kan bli svekket ved en kommunereform.
- Å fjerne kunstige kommunegrenser kan bidra til å styrke lokaldemokratiet, fordi de som berøres av beslutningene i større grad er med på å fatte beslutninger. Men når det gjelder helsefremmende samfunn, er medvirkning, mobilisering og prosesser viktige perspektiver, og det er grunn til å tro at vilkårene for slike lokaldemokratiske tilnærminger blir svekket ved en kommunereform (jf. kap.3).
- Mer statlig rammestyring vil kunne føre til reduksjon i statlig tilsyn. For kommunal selvråderett og lokal politisk styring kan det være bra. Men det kan tenkes at områder som forebygging og folkehelse, som ikke er et avgrenset og spesifikt tjenesteområde, i mindre grad blir prioritert, hvis statlig tilsyn blir redusert. Derfor vil behovet for politikerkontakt og politikeropplæring knyttet til folkehelse og folkehelsearbeid, være minst like stort som i dag, etter en kommunereform.
- Myndighetsutøvelsen med basis i folkehelseloven er først og fremst knyttet til miljørettet helsevern. Vi ser det slik at større kommuner vil påvirke dette arbeidet positivt, ved at det vil føre til bedre tilgang på juridisk kompetanse og annen fagekspertise, og fordi kommunene generelt vil kunne basere vedtak og tiltak på et breiere spekter av fagkompetanse.
- Større kommuner vil ha mindre nærhet til utfordringene innenfor miljørettet helsevern. På den ene siden kan det føre til mindre lokalkunnskap og dårligere oversikt over hva som kan være risikovirksomheter. På den andre siden kan det være positivt, fordi man kan ha større distanse til og mindre motstand mot å ta tak i virksomheter med risikoaktivitet.

KOMMUNEREFORMEN OG SAMARBEID PÅ TVERS I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

Kapittel 3 er en analyse av problemstillinger knyttet til hvordan kommunereformen kan påvirke tverretatlig og tverrsektorielt samarbeid på folkehelseområdet. Herunder diskuteres kommunereformens påvirkning på kommuneledelsens rolle, rammer og forutsetninger og folkehelsekoordinatorens rolle. Videre ser vi på hvilken betydning reformen kan tenkes å ha for samarbeid internt i kommunen, og for samarbeid mellom kommuner og aktører utenfor kommunen. Nedenfor presenterer vi hovedmomenter fra analysen i kapittel 3.

- En administrativ organisering med folkehelsekoordinator plassert i rådmannens stab vil fremme sektorsamlende folkehelsearbeid i større kommuner. Med folkehelsekoordinator plassert rett under rådmannen, vil samhandlingen og den gjensidige påvirkningen med ledelsen trolig forenkles, og folkehelsekoordinatoren får myndighet og gjennomslagskraft på tvers av sektorer og etater.
- Kommuneledelsens rolle i det tverrsektorielle folkehelsearbeidet vil trolig bli enda viktigere ved sammenslåing til større kommuner.
- En ledelse som anerkjenner de sammenslåtte kommunenes særegenheter, og som forsøker å bevare disse, samtidig som det kreves samhandling om nye løsninger og arbeidsmetoder, vil ha betydning for hvorvidt man klarer å skape en ny felles kultur i kommunen.
- Gjennom å utforme tverrsektorielle målsettinger for folkehelsearbeidet, forankret på øverste ledelsesnivå og med et tydelig mandat, kan kommunene lettere få til prioritering og oppfølging av folkehelsearbeidet.
- Fylkeskommunenes betydning for kommunenes tverrsektorielle folkehelsearbeid vil forsterkes ved sammenslåing til større kommuner, da de står i en unik posisjon til å følge opp og tilrettelegge for kommunene. Fylkeskommunen kjenner kommunenes folkehelsearbeid, og kan være en mer eller mindre nøytral og samlende tilrettelegger og kunnskapsformidler.

KOMMUNEREFORMEN OG FYLKESKOMMUNENS ROLLE I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

I kapittel 4 drøfter vi hvordan arbeidsdelingen mellom fylkeskommunen og kommunen vil kunne påvirkes av kommunereformen.

Diskusjonen tyder på at en kommunereform, som gir flere mellomstore og store kommuner, i begrenset grad vil påvirke betingelsen for dagens rollefordeling mellom fylkeskommunen og kommunen når det gjelder arbeidet med å holde oversikt over helsetilstanden i fylket eller veiledning etter plan- og bygningsloven (2008). Fylkeskommunene vil trolig fremdeles være det forvaltningsnivået som har best forutsetninger for systematisk å kunne koordinere folkehelsearbeid på tvers av offentlig og frivillig sektor. I tilnærmingen til særskilte storbyutfordringer innenfor de største kommunene vil derimot staten være en mer aktuell samarbeidspart for kommunene.

- Det kan tenkes at en kommunereform, som gir færre og større kommuner i hvert fylke, gir fylkeskommunene anledning til å gi mer støtte og oppfølging til hver enkelt kommune i folkehelsearbeidet.
- Fylkeskommunens rolle i arbeidet med å holde oversikt over helsetilstanden, vil trolig ikke bli påvirket av kommunereformen.
- Fylkeskommunens rolle som pådriver og koordinator i det tverrsektorielle folkehelsearbeid vil ikke bli vesentlig påvirket av dannelse av flere større kommuner.
- Fylkeskommunens folkehelsearbeid bærer i stor grad preg av en governance-tilnærming. Governance har best vilkår hvis antallet kommuner ikke blir for stort. Derfor vil en reduksjon i antallet kommuner til 300 gi en moderat bedring av vilkårene for governance.

- En større differensiering i oppgavefordelingen mellom kommune, fylkeskommune og stat kan åpne for bedre innretning på folkehelsearbeidet, gitt den store variasjonen i det norske kommunelandskapet.
- Dagens fylkeskommune mangler effektive virkemidler til å ta håndtere særskilte storbyutfordringer slik som stor ulikhet i økonomi, helse og utdanning mellom ulike bydeler. De viktigste virkemidlene på dette området ligger hos kommunen og i statlige etater. En kommunestruktur med flere regionkommuner kan legge bedre til rette for partnerskap mellom stat og kommune på folkehelseområdet. Helsedirektoratet må vurdere hvordan deres rolle kan bli i denne sammenhengen.
- Ved en kommunereform er det behov for en tydelig avklaring mellom fylkeskommunen og kommunene om hva kommunene kan forvente av bistand fra fylkeskommunen, og hvilke behov kommunene har for bistand knyttet til folkehelsearbeidet.
- Fylkeskommunen har ulike roller, og bør ha et bevisst forhold til hvilke utfordringer en kommunereform kan ha for understøtterollen i folkehelsearbeidet. Det bør videre vurderes hvordan understøtterollen og myndighetsrollen skal balanseres for å forhindre potensielle konflikter.

KOMMUNEREFORMEN OG HELSEDIREKTORATETS ROLLE I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

Det siste kapittelet i rapporten handler om hvilke konsekvenser kommunereformen kan ha for Helsedirektoratets rolle som understøtter for kommunene i folkehelsearbeidet. Vi vil poengtere at analysene i de andre kapitlene også er viktige med tanke på Helsedirektoratets rolle.

Hovedmomenter fra analysen om Helsedirektoratets rolle er følgende:

- Breiere fagmiljøer og mer kompetanse i kommunale tjenester kan tenkes å redusere behovet for støtte, rådgivning og veiledning på spesifikke folkehelse temaer, som ernæring, kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, rus, og til en viss grad også på innovasjonskompetanse og planleggingskompetanse.
- Mer spesialisering gjennom økt kompetanse kan i neste omgang gi utfordringer for koordinering og samarbeid på tvers av fag, tjenester og sektorer. Dermed vil statlige utviklings- og stimuleringsmidler, som skal medvirke til samarbeid mellom fag, tjenester og sektorer være viktige virkemidler fra Helsedirektoratets side. Slike virkemidler er sentrale med tanke på en utvikling for helsefremmede lokalsamfunn.
- På folkehelsefeltet må særlig Helsedirektoratet arbeide for å samordne statlige signaler.
- Veiledning knyttet til å kunne dokumentere og formidle betydningen av folkehelsearbeid på andre måter enn ved å vise til gjennomføring av konkrete folkehelse tiltak, ser ut til å være nødvendig. Det er en oppgave for Helsedirektoratet, og behovet blir trolig ikke endret selv om kommunene blir større.
- Hvis kommunesammenslåing blir frivillig, kan det bli igjen en del små kommuner, og kanskje en del flere store (15 000 - 20 000, og opp mot 100 000 eller flere innbyggere), men altså færre av det som er dagens mellomstore. Det kan føre til at Helsedirektoratet i større grad må differensiere råd, veiledning og stimuleringsmidler avhengig av kommunestørrelse.

1. INNLEDNING

Utgangspunkt for dette prosjektet er kommunereformen, som dagens regjering, med tilslutning fra et flertall på Stortinget, tar sikte på å få gjennomført (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Kommunereformen vil ha konsekvenser for mange av oppgavene som kommunene har ansvar for, deriblant folkehelsearbeidet. En av oppgavene til Helsedirektoratet er å støtte kommunene i deres arbeid. For å kunne planlegge det arbeidet, ønsker Helsedirektoratet en studie av hvilke konsekvenser eventuelle endringer i kommunestruktur, i retning flere større kommuner, kan tenkes å ha for lokalt folkehelsearbeid. Med lokalt folkehelsearbeid tenker vi på arbeidet primærkommunen har ansvar for.

Analysen bygger på utredninger, evalueringer m.m. som foreligger om kommunestruktur, og på kunnskap om folkehelsearbeid som er kommet frem gjennom evalueringsrapporter om ulike sider ved nasjonalt, regionalt og lokalt folkehelsearbeid.

I og med at både kommunereform og folkehelse er tema i analysen, er det svært mange perspektiver, begreper og vurderinger som er relevante, og som både kunne presiseres nærmere og drøftes inngående. Men oppdraget er av et omfang, både tidsmessig og ressursmessig, som gjør at vi ikke kan gå særlig langt i diskusjoner om tema, forutsetninger, begreper og perspektiver. Kunnskapsgrunnlaget for analysen favner vidt, og blir kommentert så langt det er mulig. For øvrig ligger forutsetningene, som analysen bygger på, i dokumenter og referanser som blir vist til underveis rapporten.

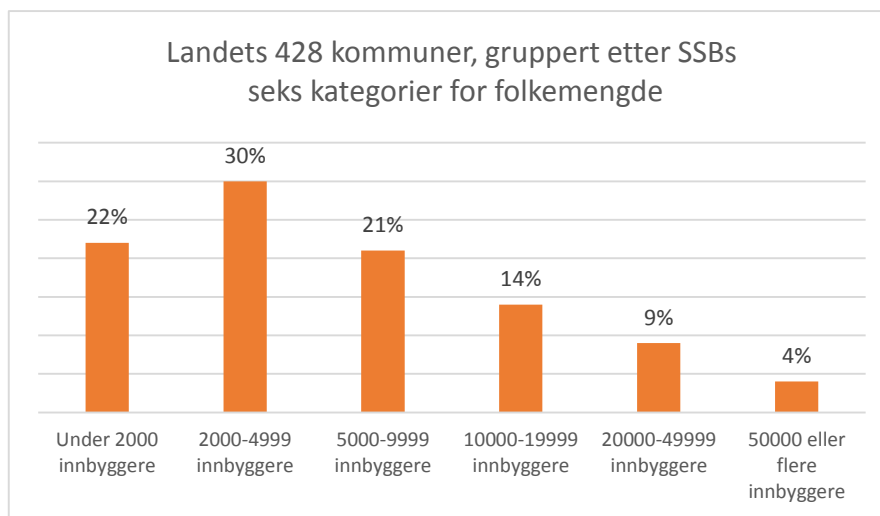
KOMMUNEREFORMEN

Økt oppgaveomfang og flere spesialiserte oppgaver, sammen med økte krav til kvalitet i tjenestene og økte forventninger fra innbyggerne, stiller store krav til kommunene om å ha sterke fagmiljøer, tilstrekkelig kompetanse og kapasitet (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Kommunenes ansvar har blitt utvidet på flere områder, og ikke minst når det gjelder helse- og omsorgstjenester. For eksempel forutsetter samhandlingsreformen en oppbygging av nye tilbud i kommunene, og mer vekt på forebygging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Folkehelseloven, som ble satt i verk 1. januar 2012, gir også kommunene større ansvar for forebyggende arbeid (folkehelseloven, 2011). Både reformer og lover har altså gitt et økt trykk på lokalt folkehelsearbeid.

Flere og mer komplekse oppgaver til kommunene, er noe av bakgrunnen for ønsket om en kommunereform. Målene med reformen er å medvirke til gode og likeverdige tjenester til innbyggerne, helhetlig og samordnet samfunnsutvikling, bærekraftige og økonomisk robuste kommuner og styrket lokaldemokrati (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Gjennom en kommunereform ventes det å få kommuner som samsvarer bedre med de bo- og arbeidsmarkedsregionene som har utviklet seg, og kommunereformen skal legge til rette for at kommunene selv skal kunne løse lovpålagte oppgaver. Dersom kommunene blir større, ser man for seg at behovet for interkommunalt samarbeid og statlig detaljstyring blir mindre (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015). Kommunene vil da kunne få større frihet til å tilpasse velferdstilbud til lokale behov.

Vi går ikke nærmere inn på årsakene som ligger til grunn for kommunereformen, men viser til ekspertutvalgets rapporter om kommunestruktur (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a og 2014b), og stortingsmeldingen om kommunereformen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015).

Før vi kommer inn på ekspertutvalgets anbefalinger når det gjelder kommunestruktur og størrelse, kan vi se nærmere på dagens kommunestruktur. Tabellen nedenfor viser hvordan landets 428 kommuner, pr. 1. januar 2015, fordeler seg på SSB's kategorier for folkemengde.



I snitt har norske kommuner i underkant av 12 000 innbyggere, og 335 kommuner har lavere innbyggertall enn det. Over halvparten av kommunene har færre enn 5 000 innbyggere. De 100 største kommunene utgjør omtrent 75 prosent av folketallet i Norge. Rangert etter antall innbyggere har mediankommunen 4 661 innbyggere (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a).

Kommunereformen legger til grunn at det er for mange små kommuner i dagens kommunestruktur, og ekspertutvalget (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b) har følgende anbefalinger:

- Kommunene bør ha minst 15 000 – 20 000 innbyggere for å sikre en god oppgaveløsning.
- Kommunestrukturen bør i større grad nærme seg funksjonelle samfunnsutviklingsområder.
- Staten bør redusere detaljstyringen, og ordninger for politisk deltakelse bør videreutvikles for å sikre gode og slagkraftige demokratiske arenaer.

Ekspertutvalget anbefaler en reform der dysfunksjonelle kommunegrenser blir fjerna, fordi de enten går gjennom tettsteder, eller fordi de deler bo- og arbeidsmarkedsregioner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a, 2014b). En studie gjennomført av Amdam, Halvorsen og Bakke (2014) viser at en reform langs disse hovedlinjene kan gi en kommunestruktur med ca. 150 -170 kommuner, og at 10-15 av disse kommunene vil få oppunder 100.000 innbyggere eller flere, og ytterligere 100 kommuner vil få flere enn 15.000 innbyggere. Norge vil fremdeles ha om lag 50 kommuner med relativt få innbyggere, uten noe større sentrum.

FOLKEHELSE OG FOLKEHELSEARBEID

Folkehelse er befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning (folkehelseloven, 2011, §3). Med folkehelsearbeid forstår vi samfunnets samlede innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse og trivsel, forebygger psykisk og somatisk sykdom, skade og lidelse, eller som beskytter mot helsetrusler, samt arbeid for en jevnere fordeling av faktorer som direkte eller indirekte påvirker helsen (folkehelseloven, 2011, §3).

Målene for norsk folkehelsepolitikk, slik de framgår av *Folkehelsemeldingen – Mestring og muligheter* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015a):

- Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder.
- Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.
- Vi skal skape et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen.

Med en tilnærming til helse og folkehelse som disse målene legger til grunn, kan man si at folkehelsearbeidet og utvikling av aktive og trygge lokalsamfunn på sett og vis er to sider av samme sak. Dermed har alle samfunnssektorer og forvaltningsnivå ansvar for å fremme folkehelsa.

Koblingen mellom planlegging og folkehelse er vektlagt i mange sammenhenger, og ikke minst i folkehelseloven (2011) og plan- og bygningsloven (2008). Prinsippet om 'helse i alt vi gjør' skal legge føringer på organisering, styring og ledelse av folkehelsearbeidet på alle nivåer. Det innebærer at alle politikkområder og tjenester spiller en rolle i folkehelsearbeidet.

LOKALT FOLKEHELSEARBEID - STATUS

Med lovproposisjonen Prop. 90 L (2010-2011), Lov om folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011), er det etablert et fundament for å styrke folkehelsearbeidet i politikk- og samfunnsutvikling, og i planarbeid ut fra regionale og lokale utfordringer og behov. Fra å være et felt for faglig ekspertise, har folkehelsearbeidet blitt løftet tydeligere fram som et område der demokratiske prosesser, og dermed politiske prioriteringer, skal ligge til grunn for folkehelsearbeidet.

Lokalt folkehelsearbeid er en bærebjelke for folkehelsen i Norge. Her utvikles nærmiljøer og livsarenaer som gir tilhørighet og former innbyggernes liv. Det lokale arbeidet har vært i stor utvikling, særlig etter at folkehelseloven trådte i kraft. Mange kommuner er godt i gang med folkehelsearbeidet, men totalbildet viser kommuner som har kommet svært ulikt (Heggem, 2014, Hofstad m.fl., 2015, Lynne, 2015, Riksrevisjonen, 2015).

Det er gjennomført mange evalueringer av konkrete folkehelseiltak og av folkehelsearbeid mer generelt (bl.a. Bergem m.fl., 2009, Ouff m.fl., 2010, Helgesen og Hofstad, 2012, Heggem, 2014, Hagen m.fl., 2015, Lynne, 2015). Kunnskap om status i lokalt folkehelsearbeid viser at kommunene trenger tillit, statlig støtte og økt kapasitet (Helsedirektoratet, 2014). Vi vet også at de kommunene som ivaretar folkehelse i samfunnsplanlegging, i større grad enn andre

kommuner, har knyttet koordinatorfunksjoner til et strategisk nivå i organisasjonen (Ouff m.fl., 2010, Helgesen og Hofstad, 2012). Riksrevisjonen har nylig vurdert i hvilken grad kommunens og fylkeskommunenes folkehelsearbeid er systematisk og langsiktig, og i hvilken utstrekning de statlige virkemidlene understøtter folkehelsearbeidet lokalt og regionalt (Riksrevisjonen, 2015). Selv om det er viktig å presisere at det på flere måter er stor variasjon mellom kommuner, og bildet av situasjonen er noe mer nyansert enn det som blir omtalt i rapporten fra Riksrevisjonen, mener vi at Riksrevisjonen funn langt på vei er representative for status. Hovedfunn i Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid er:

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

Vi vil legge til et moment fra en studie av kommunenes erfaringer og praksiser knyttet til utøvelse av folkehelsearbeidet, nemlig at folkehelse loven kan ha påvirket lokalt folkehelsearbeid i retning av å legge mer vekt på planleggings rolle, og på tverretatlige og tverrsektorielle tilnærminger (Lynne, 2015). Med andre ord ser det ut til at profilen i det lokale helsearbeidet etter hvert er på vei i ønsket retning mot 'helse i alt vi gjør' (jf. bl.a. folkehelse loven, 2011).

PROBLEMSTILLINGER I ANALYSEN

Hovedfokus i analysen er hvordan endringer i kommunestruktur kan tenkes å påvirke lokalt folkehelsearbeid. Oppdraget er ikke å diskutere fordeler og ulemper ved store og små kommuners betydning for lokalt folkehelsearbeid, men å gjøre en analyse av mulige konsekvenser, som den lanserte kommunereformen med flere større kommuner, kan tenkes å ha for lokalt folkehelsearbeid.

Fra Helsedirektoratets side er det skissert fire hovedproblemstillinger for analysen, og de er:

1. Hvordan kan lokalt folkehelsearbeid, i samsvar med folkehelse loven, ses opp mot de fire kommunerollene; samfunnsutvikler, tjenesteyter, myndighetsorgan og lokaldemokrati?
2. Tverrsektoriell samordning (internt) og samarbeid med aktører utenfor kommuneorganisasjonen er sentralt i lokalt folkehelsearbeid. Hvordan kan endring i kommunestrukturen tenkes å påvirke tverrsektoriell samordning positivt/negativt?
3. Hvilke endringer kan det tenkes at kommunereformen kan ha for støtterollen fylkeskommunen har overfor kommunene?
4. Hvilke endringer kan det tenkes at kommunereformen kan ha for støtterollen Helsedirektoratet har overfor kommunene?

Analysen er bygd opp rundt disse fire problemstillingene, som også ligger til grunn for strukturen i rapporten. Det er nær sammenheng mellom de fire hovedproblemstillingene, og det gjør at det blir noe overlapp i analyser og presentasjon i de ulike kapitlene i rapporten.

2. OM ANALYSEN OG DATAGRUNNLAGET

Datagrunnlaget for analysen av kommunereformens betydning for lokalt folkehelsearbeid er innhentet gjennom dokumentstudier. Dokumentene er valgt i samråd med Helsedirektoratet, som oppdragsgiver, og er gjennomgått for hver av de fire hovedproblemstillingene i analysen.

Følgende kilder har vært sentrale i analysen:

- Folkehelseloven. *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Lov 24.juni 2011 nr 29. Helse- og omsorgsdepartementet (2015):
- Meld. St.19 (2014-2015) – *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*
- *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. Helsedirektoratet, rapport 06/2014.
- *Kriterier for god kommunestruktur*, Delrapport fra ekspertutvalget, Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2014.
- *Kriterier for god kommunestruktur*, Sluttrapport fra ekspertutvalget, Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2014.
- Meld. St. 14 (2014-2015) – *Kommunereformen. Nye oppgaver til større kommuner*. Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015.
- *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*. Riksrevisjonen, Dokument 3:11 (2014-2015).
- *Alternativer for regionalt folkevalgt nivå*. Rapport nr. 58, Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda. Amdam, Jørgen, Lars Julius Halvorsen og Gunnvor Bakke, 2015.
- *Kommunenes erfaringer og praksiser knyttet til utøvelse av folkehelsearbeid*. Dypdykk i tilfeldig utvalgte kommuner. Anita Lynne, Moods Qualitative Research, 2015. Oppdrag for Helsedirektoratet.

I tillegg har vi brukt annen forskning, dokumenter, nettsider og litteratur om kommunestruktur, kommunens roller, lokalt, regionalt og nasjonalt folkehelsearbeid, og litteratur om andre relevante temaer. Disse er ikke omtalt som hovedkilder i analysen, men blir brukt 'på vanlig måte' som referanser og litteraturlitvisninger i rapporten.

I analysen har vi hovedsakelig tatt utgangspunkt i to grupper kommuner, som det trolig vil bli flere av etter kommunereformen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015. Amdam m.fl., 2015). Vi har diskutert konsekvensene av at det eventuelt blir flere kommuner med flere enn 15.000 og opp mot 100.000 innbyggere eller flere. Konsekvensene kommunereformen kan få for folkehelsearbeidet i små kommuner er også drøftet, men i mindre grad.

3. KOMMUNENS ROLLER OG LOKALT FOLKEHELSEARBEID

Kommunereformen tar utgangspunkt i at det skal skje en overføring av nye oppgaver til større kommuner. Det er et overordnet mål å gi kommunesektoren gode rammevilkår som kan styrke kommunene både som samfunnsutviklere, tjenesteprodusenter, myndighetsutøvere og som demokratiske arenaer (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015).

I flere sammenhenger er det utviklet og videreutviklet ulike kriterier knyttet til kommunens fire roller, for eksempel i Christiansen-utvalget (Kommunaldepartementet, 1992), og Kommunal- og moderniseringsdepartementet ved ekspertutvalget (2014a og 2014b). For flere drøftinger om kommunestruktur og kriterier for kommunestruktur viser vi også til Grefsrud og Hagen (2003).

Kriteriene for god kommunestruktur, slik de blir omtalt i tilknytning til kommunereformen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015), angir hva som skal til for at en kommune på en god måte skal kunne ivareta sine fire roller og oppgaveløsningen knyttet til rollene. Sammenhengen mellom rollene og ulike kriterier blir vist i tabellen nedenfor, og bygger på ekspertutvalgets delrapport (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a).

Samfunnsmessige hensyn	Kriterier
1. Samfunnsutvikling	
<ul style="list-style-type: none">– Helhetlig ivaretagelse av areal- og transportinteresser tilpasset klima- og miljøhensyn– Tilrettelegging for positiv utvikling i lokalsamfunnet og storsamfunnet	<ul style="list-style-type: none">– Funksjonelle samfunnsutviklingsområder– Tilstrekkelig kapasitet– Relevant kompetanse
2. Tjenesteyting	
<ul style="list-style-type: none">– Kvalitet i tjenestene– Effektiv bruk av samfunnets ressurser– Likeverdighet	<ul style="list-style-type: none">– Tilstrekkelig kapasitet– Relevant kompetanse– Effektiv tjenesteproduksjon (større tilpasning)– Økonomisk soliditet– Valgfrihet– Statlig rammestyring
3. Myndighetsutøvelse	
<ul style="list-style-type: none">– Rettssikkerhet	<ul style="list-style-type: none">– Tilstrekkelig kapasitet– Relevant kompetanse– Tilstrekkelig distanse (likebehandling)
4. Demokratisk arena	
<ul style="list-style-type: none">– Betydningsfulle oppgaver og rammestyring– Lokal politisk styring– Levende lokalt folkestyre– Aktiv lokal politisk arena	<ul style="list-style-type: none">– Høy politisk deltakelse– Lokal politisk styring– Lokal identitet– Bred oppgaveportefølje– Statlig rammestyring

Tilstrekkelig kapasitet og relevant kompetanse blir trukket fram som viktige kriterier for å kunne fylle rollene både som samfunnsutvikler, tjenesteyter og myndighetsutøver. Det er også de kriteriene som oftest blir brukt i debatten om kommunestruktur generelt. I vår analyse av kommunereformens mulige konsekvenser for lokalt folkehelsearbeid er det kriteriene om tilstrekkelig kapasitet, relevant kompetanse, statlig rammestyring, lokal identitet og deltakelse som i størst grad blir trukket inn.

For å kunne belyse hvordan lokalt folkehelsearbeid, i henhold til folkehelseloven, kan ses opp mot kommunens roller, har vi stilt følgende spørsmål:

- Hvordan kan det tenkes at kompetanse, kapasitet og kvalitet i folkehelsearbeidet blir påvirket av endringer i kommunestruktur/flere større kommuner?
- Hvordan kan endringer i kommunestruktur tenkes å påvirke partnerskap og samhandling på folkehelsefeltet?
- Hvordan kan endring i retning av større kommuner legge føringer på lokal mobilisering og prosesser i folkehelsearbeidet?
- Hvordan kan endring i kommunestruktur påvirke politikernes rolle? Hvordan kan endringene svekke og styrke lokaldemokratiet?

Rollene som samfunnsutvikler, tjenesteyter, myndighetsutøver og lokaldemokratisk arena henger sammen, og på flere måter overlapper de hverandre. Ikke minst når de knyttes til lokalt folkehelsearbeid. Vi har likevel valgt å drøfte hver rolle for seg når vi analyserer kommunereformens betydning for lokalt folkehelsearbeid. Vi starter med kommunens rolle som samfunnsutvikler.

KOMMUNEN SOM SAMFUNNSUTVIKLER

Lovgrunnlaget

Kommunene har et generelt ansvar for lokal samfunnsutvikling (kommuneloven, 1992). Konkrete bestemmelser om planlegging framgår av plan- og bygningsloven (2008). Denne gir kommunene en rekke oppgaver innenfor samfunns- og arealplanlegging. Samfunnsutvikling har en svært sentral plass i folkehelseloven, i den forstand at selve formålet med loven er at den skal bidra til en samfunnsutvikling som fremmer folkehelse, herunder utjevner sosiale helseforskjeller (folkehelseloven, 2011, §1). Videre sier §1 i folkehelseloven at folkehelsearbeidet skal fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse (folkehelseloven, 2011).

Kommunal- og moderniseringsdepartementet mener at større kommuner vil kunne ha et annet utgangspunkt for innsats rettet mot lokal nærings- og samfunnsutvikling enn mange av dagens kommuner. I sluttrapporten (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b) har ekspertutvalget tydeliggjort kriteriet *funksjonelle samfunnsutviklingsområder* på følgende måte:

- Et tettsted bør i sin helhet ligge i én kommune.
- Et tett integrert arbeidsmarked bør utgjøre én kommune.

Ekspertutvalget framhever særlig langsiktig arealbruk og utbyggingsmønster, utbygging av infrastruktur, steds- og sentrumsutvikling, næringsutvikling, miljø og folkehelse som sentrale

oppgaver knyttet til samfunnsutvikling (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a:19 og 20).

Hva ligger i rollen som samfunnsutvikler?

Det spesifikk ved rollen som samfunnsutvikler er, i større grad enn ved innsats i tjenesteproduksjon, at innsatsen rettes mot hvordan hele kommunesamfunnet fungerer (Ringholm m.fl., 2009). Dermed handler samfunnsutvikling om sivilsamfunnets og kulturens rolle, om lokal attraktivitet og identitet (Vareide og Storm, 2011) og omdømmebygging (Bjørnå, 2014). Det er en slik tilnærming til samfunnsutvikling vi legger til grunn i analysen.

Innenfor folkehelse kan de statlige utviklingsprogrammene 'Partnerskap for folkehelse' og 'Helse i plan' nevnes som eksempler på virkemidler rettet mot lokal samfunnsutvikling. Medvirkning, samarbeid, partnerskap og mobilisering var sentrale elementer i disse statlig initierte utviklingsprogrammene. De tar utgangspunkt i et helhetsspespektiv på folkehelse, der ulike lokale utfordringer blir sett i sammenheng. Vi ser for oss at analysen om kommunereformens konsekvenser for samfunnsutviklerrollen og betydningen for folkehelsearbeidet, blant annet kan relateres til hvordan større kommuner kan tenkes å kunne arbeide etter de ideene som lå til grunn for disse utviklingsprogrammene.

Når utgangspunktet er at samfunnsutvikling handler om hvordan hele samfunnet fungerer, må rollen som samfunnsutvikler utformes i samarbeid med en rekke aktører, både i og utenfor kommunen. Det innebærer en tilnærming til innbyggerne som **borgere**, ikke først og fremst som brukere. Lokalsamfunnsutvikling med tanke på å bedre folkehelsen må blant annet legge til grunn at arbeidet skal dannes med utgangspunkt i hva innbyggerne mener bidrar til at lokalsamfunnet fungerer på en måte som fremmer og bedrer folkehelsen, og bidrar til å redusere sosiale helseforskjeller. Slike sammensatte utfordringer, som folkehelse er, må tas tak i gjennom kommunikative tilnærminger (Amdam 2000, 2005 og 2011). Det indikerer at kommunens rolle som lokaldemokratisk arena henger nær sammen med kommunens rolle som samfunnsutvikler.

Kommunereformens konsekvenser for samfunnsutvikling rettet mot lokalt folkehelsearbeid

Spørsmålet om kommunens rolle i samfunnsutvikling er belyst i flere undersøkelser (Vinsand, m.fl., 2006, Brandtzæg, 2009), men det foreligger så langt ingen systematisk gjennomgang av litteraturen om dette med sikte på å finne ut hvilken betydning størrelse og sentralitet har for rollen som samfunnsutvikler. Den forskningen som er utført, peker på at de minste kommunene ofte har problemer med å rekruttere kompetent arbeidskraft til denne type tunge, sektoroverskridende oppgaver. Manglende kapasitet i administrasjonen blir også sett som et problem (Angell, Ringholm og Bro, 2015). Men det finnes studier som viser at små kommuner lykkes både med næringsutvikling og bosetting (Kobro, Vareide og Hatling, 2012).

Studier av sammenslåingsprosesser viser at større kommuner inntar en mer aktiv rolle, fordi de får økte ressurser og muligheter til å satse på helhetlige utviklingstiltak (Vinsand m.fl., 2006, Brandtzæg, 2009). Større funksjonelle enheter vil ha et bedre utgangspunkt for overordnet planlegging og styring av utbyggingsmønsteret, sammenliknet med mindre kommuner. Innbyggerne mener at kommunesammenslutning har bidratt til at man har fått en kommune som står bedre rustet for å møte framtidige utfordringer, blant annet knyttet til

samfunnsutvikling (Brandtzæg, 2009). Årsakene til dette kan være at kommunene dekker et større og mer geografisk funksjonelt planområde, samt at planleggingen kan skje med utgangspunkt i ett politisk prioriterende organ, i stedet for to eller flere (Vinsand m.fl., 2006). Med utgangspunkt i denne kunnskapen, kan det tenkes at en kommunereform også vil ha positive konsekvenser for samfunnsutvikling for helsefremmende lokalsamfunn. Men de nevnte studiene har en tilnærming til samfunnsutvikling, der arealbruk, næringsutvikling, utbyggingsmønster osv. blir vektlagt. Når det gjelder samfunnsutvikling for bedre folkehelse, er slike faktorer selvsagt av betydning, men minst like viktig er det at identitetsbygging, sivilsamfunnets rolle og kulturens betydning for samfunnsutvikling blir framhevet, og her ser det ikke ut til at store kommuner har spesielle fortrinn (Kobro, Vareide og Hatling, 2012). Utover i kapittelet skal vi komme nærmere inn på vurderinger av hvorfor det kan tenkes at kommunereformen kan svekke mulighetene for en helsefremmende samfunnsutvikling, som bygger på medvirkning, tillitsbygging og dialog med innbyggerne.

Når det gjelder rollen som samfunnsutvikler skal kommunen ha dette ansvaret i folkehelsearbeidet (jf. folkehelseloven, 2011):

- Kommunen skal fremme folkehelse innenfor oppgaver kommunen har ansvar for, og med lokal utvikling, planlegging, forvaltning og tjenesteyting som virkemidler (§4)
- Nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunen. Denne skal være skriftlig og man skal være spesielt oppmerksomme på sosiale helseforskjeller (§5)
- Folkehelse skal inngå i kommunens planstrategi (og øvrige planlegging) (§6)
- Kommunen er ansvarlig for iverksetting av nødvendige tiltak (§7)

Nedenfor kommer vi nærmere inn på hvordan kommunereformen kan tenkes å påvirke kommunens roller knyttet til disse oppgavene.

Nødvendig oversikt over helsetilstanden i kommunen

Systematikk i folkehelsearbeidet vil si at kommunene skal utarbeide en kunnskapsbasert oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, som skal ligge til grunn for det videre arbeidet med folkehelsen. Faglige temaer som vurderes som grunnleggende i oversiktsarbeidet er kunnskap om lovens krav, og koblinger mellom folkehelseloven og plan- og bygningsloven, kunnskap om kommunal planstrategi, grunnleggende statistikkforståelse og tverrfaglig forståelse av oversiktsarbeidet (Vestfold fylkeskommune, 2015:13)

Riksrevisjonens undersøkelse viser at de fleste kommunene foreløpig ikke har etablert et systematisk folkehelsearbeid (Riksrevisjonen, 2015). Det viser seg at små kommuner har kommet noe kortere med oversiktsarbeidet enn større kommuner (Hofstad og Hanssen, 2015). Studien til Hofstad og Hansen (2015) drøfter ikke årsaker til at det er slik, men det kan tenkes at små kommuner både har mindre kapasitet/ressurser til å gjøre arbeidet, og mindre kompetanse med tanke på hvordan arbeidet skal utføres.

Med utgangspunkt i at større kommuner trolig vil kunne få et større og mer kompetent fagmiljø (jf. delkapittelet om kommunes rolle som tjenesteyter), er det grunn til å tro at større kommuner også kan skaffe kompetanse som trengs for å arbeide med slike oversikter. Det gjelder både kompetanse i metoder for innsamling av kunnskap, statistikk og dokumentasjon, og spesifikk

fagkompetanse knyttet til konkrete områder som for eksempel fysisk aktivitet, ernæring, rus og sosiale ulikheter i helse. Dermed kan det tenkes at større kommuner vil ha bedre forutsetninger for å vite **hva** man bør kartlegge og få oversikt over, og **hvordan** man skal gjøre det. Ikke minst kan det være at de kan ha bedre forutsetninger for å vite hvordan man i planlegging og gjennom 'overføring' til konkrete tiltak skal bruke oversikten over kommunens helsetilstand til å bedre folkehelsen og utjevne forskjeller i helse.

Kapasitet ser ut til å være en vesentlig faktor knyttet til oversiktsarbeidet, fordi de ulike stegene og temaene i arbeidet er de samme enten man er en liten eller stor kommune (Hofstad og Hanssen, 2015). Det vil si at det handler om å prioritere arbeidet, i tillegg til å ha kompetanse til å gjøre jobben tilfredsstillende. Det er ikke automatikk i at arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstanden og påvirkningsfaktorer blir prioritert, selv om kommunen har kompetanse til å gjøre arbeidet. Økt kompetanse i enkelttjenester kan tvert imot tenkes å føre til at kompetansen blir brukt til å kjøre fram enda sterkere faglige argumenter for prioritering av egne enheter og tjenester (Christensen og Lægreid, 2004, 2006, Almklov og Antonsen, 2014), noe som kan gjøre det vanskeligere å fange politikernes oppmerksomhet når det gjelder tverrfaglige perspektiver og prioriteringer. Enhetsegoismen kan bli større (Torsteinsen, 2006). Dette kan bøtes på, hvis det er slik at større kommuner lettere kan skaffe eller utvikle kompetanse i samfunnsplanlegging og utviklingsarbeid.

Folkehelse skal inngå i kommunens planstrategi og planlegging

Planlegging er et sentralt virkemiddel for samfunnsutvikling, og det er gjort mye for å prøve å bidra til at folkehelse blir tema kommunens overordna planer (Bergem m.fl., 2009, Hofstad m.fl., 2015, Ouff m.fl., 2010). Plan- og bygningsloven og folkehelseloven legger stor vekt på ideen om 'helse i alt vi gjør', og på medvirkning og mobilisering i planprosesser. Kommunene er på riktig vei med tanke på å bruke overordna planlegging som virkemiddel i folkehelsearbeidet (Hofstad m.fl., 2015, Lynne, 2015). Det viser at målrettet bruk av lovgivning for å styrke lokalt folkehelsearbeid har vært formålstjenlig. Men det er trolig flere faktorer som har bidratt til å dreie arbeidet med folkehelse i denne retningen, for eksempel generell vektlegging av tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, medvirkning og poengtering av strukturelle faktors betydning for helse.

En kommunereform med flere større kommuner kan gi kommunene breiere og bedre kompetanse i planlegging. I tillegg kan større kommuner gi nye muligheter i planlegging, fordi et større geografisk område kan sees i sammenheng, med alt det innebærer av arealer, næringsliv, flere innbyggere, frivillige lag og organisasjoner og andre aktører, som er viktige med tanke på strategisk planlegging og samfunnsutvikling. Det gir flere aktører å spille på i partnerskap og samhandling, og det kan gi større variasjon og fleksibilitet. Men det forutsetter at kommunene har kompetanse, vilje til og utvikler kultur for arbeidsmåter der kommunikativ rasjonalitet ligger til grunn i planarbeidet (Amdam 2000. 2005). Slik kompetanse må finnes i alle etater og tjenester, ikke bare i rådmannsstabene, eller hos de som spesifikt arbeider med planlegging. Kompetansen må etterspørres spesielt, og det er ingen selvfølge at det er flere i tjenestene som har slik kompetanse selv om kommunene blir større, får større fagmiljøer og flere ansatte med

høyere formell kompetanse. Vilje til, og kulturen for dialog, samarbeid og utvikling er minst like stor i små kommuner som i større (Kobro, Vareide og Hatling, 2012).

At folkehelsekoordinatorfunksjonen i flere kommuner blir plassert i rådmannens stab, eller på annet vis har en plassering som ikke knytter den til en spesifikk enhet eller tjeneste, vil kunne medvirke til å løfte opp folkehelsearbeidet som et sentralt element i overordna planer. Større kommuner vil trolig ha folkehelsekoordinator i 100 % stilling, og uten andre oppgaver enn å være folkehelsekoordinator. Dermed er det færre argumenter for å plassere koordinatorfunksjonen i et tjenesteområde og større grunn til å tro at folkehelsekoordinatoren kan være drivkraft for å fremme planlegging og samfunnsutvikling for bedre folkehelse.

Kommunen er ansvarlig for iverksetting av nødvendige tiltak (§7)

Oversiktsarbeidet skal vise hvilke utfordringer kommunen har, og oversikten skal ligge til grunn for tiltak som skal iverksettes for å møte utfordringene. At det er de nødvendige tiltakene som blir iverksatt forutsetter først og fremst at oversiktsarbeidet har fanget opp. Bedre kompetanse på enkelttemaer som for eksempel oppvekst, bolig, utdanning, rus, psykisk helse, tobakk, ernæring, skader og ulykker, og ikke minst bedre kompetanse om kartlegging, datainnsamlingsmetoder og bruk av statistikk og andre verktøy, bør kunne bidra til at arbeidet gir nødvendig oversikt over helsetilstanden. Videre er det grunn til å tro at bedre kompetanse også kan bidra til å finne frem til hvilke tiltak som bør settes i verk for å møte utfordringene. Men da er det ikke tilstrekkelig med god kompetanse på hva enkelttjenester kan gjøre, det trengs også vilje til og kunnskap om tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid. (Kommunereformens mulige konsekvenser for tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid blir drøftet i kapittel 4).

Undersøkelser av status i lokalt folkehelsearbeid og evalueringer av lokalt og nasjonalt folkehelsearbeid, viser at kommunene i stor grad har lagt vekt på konkrete folkehelseiltak innenfor fysisk aktivitet, ernæring/kosthold, rus og til dels psykisk helse (Bergem, m.fl., 2009, Ouff, m.fl., 2010, Helgesen og Hofstad, 2012, Heggem, 2014, Hofstad, m.fl. 2015). Slike tiltak er viktige elementer i folkehelsearbeidet, men ikke tilstrekkelig, dersom målet om bedre folkehelse og sosial utjevning skal nås.

Det kan være mange årsaker til at det er de avgrensede, konkrete tiltakene som har blitt tatt tak i, og i mindre grad strukturelle tiltak og arbeid med lokal identitet, attraktivitet og tilnæringsmåter, der man ser på hvordan samfunnet som helhet fungerer.

Folkehelsekoordinatorer plassert i en spesifikk tjeneste, liten stillingsprosent, og dermed lite spillerom, kan være noen forklaringer. Det er heller ikke tvil om at det er lettere å arrangere en trilletter for småbarnsforeldre i fødselspermisjon, enn det er å ta tak i sammensatte utfordringer som handler om lokal identitet, verdier, holdninger, kommunens omdømme osv. Konkrete enkelttiltak er også takknemlige på den måten at de kan synliggjøres, noe som trengs for å dokumentere overfor politisk og administrativ ledelse hva som blir gjort av folkehelsearbeid.

En kommunereform med flere større kommuner kan tenkes å føre til at det blir mulig for flere kommuner å ta tak i rollen som samfunnsutvikler, i form av næringsutvikling, helhetlig arealplanlegging, boligplanlegging, utbygging osv., og det kan bidra til tiltak som bedrer

folkehelsen og bidrar til å utjevne sosiale forskjeller. Men samfunnsutvikling forutsetter samarbeid, fordi mange ulike offentlige og private aktører sitter med nøkkelen til å utløse endring. Derfor er samarbeid i form av partnerskap, eller andre former for nettverk, grunnleggende for å få til en ønsket utvikling i lokalt folkehelsearbeid.

En forutsetning for samarbeid, der ulike aktører drar i samme retning, er blant annet tillit. Utfordringene med å bygge tillit mellom ulike parter ser ut til å være større i store kommuner enn i små (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b). Små kommuner opplever dessuten smådriftsfordeler knyttet til kunnskapsdeling og tillitsbygging på tvers av fag og sektorer (Kobro, Vareide og Hatling, 2012). Derfor kan det tenkes at samfunnsutvikling, som legger vekt på identitetsbygging, tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid, medvirkning osv., vil kunne bli svekket ved en kommunereform. Men utvikling av helsefremmende samfunn handler i stor grad om vilje til og kultur for samarbeid, og i den sammenhengen er det flere faktorer enn kommunestørrelse som spiller inn, for eksempel ildsjeler og engasjement.

KOMMUNEN SOM LOKALDEMOKRATISK ARENA

Sentrale kriterier når det gjelder kommunen som demokratisk arena er lokal identitet, politisk deltakelse, lokalpolitisk styring og omfanget av statlig rammestyring. Kommunens demokratiske rolle er blitt viktigere som følge av at flere velferdstjenester er lagt til kommunene. Noe av argumentasjonen for kommunereformen er styrking av demokratiet, fordi ansvaret for tjenester og dermed politiske beslutninger knyttet til disse tjenestene flyttes fra staten til kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015).

En studie av kommunesammenslutninger viste at det ble færre folkevalgte per innbygger, og interessen blant innbyggerne for å påta seg politiske verv ble redusert. Det synes også delvis å gjelde interessen for å fremme synspunkter gjennom andre kanaler (Brandtzæg, 2009).

Når det gjelder kommunen som demokratisk arena, er det grunn til å tro at kommunereformen vil ha negative konsekvenser for politisk representasjon, og føre til at færre tar på seg politiske verv (Brandtzæg, 2009). Positive konsekvenser av større kommuner, med flere oppgaver, kan være at mulighetene for politiske prioriteringer øker. Dersom det er slik at større kommuner har bedre forutsetninger for å kunne ta mer helhetlige grep rettet mot framtidige utfordringer, gjennom bedre vilkår for samfunnsutvikling (Brandtzæg, 2009), vil lokaldemokratiet delvis kunne tas vare på den veien.

Dersom vi relaterer antagelsen om svekket lokaldemokrati (Brandtzæg, 2009, Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013) til mulige konsekvenser for folkehelse og folkehelsearbeidet, kan det tyde på dårligere vilkår for folkehelsearbeidet. Ved at kommunene får flere oppgaver, som skal konkurrere om politisk prioritering, tror vi forebyggende arbeid vil komme dårlig ut. Dersom færre tar på seg politiske verv, forsvinner kanskje også den typen politikere som er opptatt av saker og tema som synliggjør folkehelsearbeidets rolle.

Det er rimelig også å legge en annen dimensjon til kommunens rolle som demokratisk arena, nemlig demokratisk innsats gjennom medvirkning i planlegging av framtidens kommunesamfunn. Det er på lokalplanet at avstanden mellom de styrende og de styrte er kortest og lettest å overvinne. De kommunene som lykkes best i å mobilisere dette ressursgrunnlaget står også

trolig best rustet til å hanskes med de utfordringer som utviklingen vil by på. Når det gjelder helsefremmende samfunnsutvikling er deltakelse og mobilisering viktige perspektiver, og vi mener derfor at den lokaldemokratiske rollen, og hvordan kommunene håndterer den, bør vurderes i sammenheng med kommunens rolle som samfunnsutvikler.

Godt folkehelsearbeid forutsetter helhetlig tilnærming, blant annet gjennom forankring i planer, og hos politisk og administrativ ledelse. En konsekvens av en kommunereform med flere større kommuner, kan være at det må arbeides mer aktivt overfor politikerne for å skape tillit, forståelse og engasjement for folkehelsearbeidet. Folkehelseloven har bidratt til at folkehelsearbeidet har styrket sin posisjon i kommunene (Hofstad m.fl., 2015, Lynne, 2015). Men i og med at folkehelsearbeid ikke er knyttet til et spesifikt avgrenset tjenesteområde, må politikerne 'holdes varme' for at forebyggende og helsefremmende arbeid, skal bli prioritert. Vi tror at behovet for politikerkontakt og politikeropplæring knyttet til folkehelse og folkehelsearbeid, vil være minst like stort som i dag, som følge av en kommunereform.

Frivillig sektor spiller en viktig rolle som aktør i lokaldemokratisk arbeid. Lag og organisasjoner er blant annet en arena for opplæring og skoloring i demokrati og deltakelse. Sektoren spiller også en viktig rolle i lokalt folkehelsearbeid, både som samarbeidspart i samfunnsutviklingsprosesser og som utøver og iverksetter av folkehelseiltak. En kommunereform med større kommuner og mer avstand mellom innbyggere og politikere, kan gjøre frivillige lag og organisasjoners rolle i lokaldemokratiet enda viktigere enn i dag. Med andre ord er frivillig sektor viktige lokaldemokratiske aktører, fordi de kan være med å legge premisser i lokalt folkehelsearbeid, formidle til politikerne hvor skoen trykker, samt bidra i iverksetting og evaluering av konkrete tiltak.

En tanke med kommunereformen er at det skal bli mer statlig rammestyring og dermed mindre statlig inngripen og detaljstyring. Som følge av det, kan det tenkes at statlig tilsyn blir svekket. For kommunal selvvråderett og lokal politisk styring kan det være bra, men det kan være at områder som forebygging og folkehelse, som ikke er et spesifikt og synlig tjenesteområde, i mindre grad blir prioritert lokalt hvis statlig tilsyn, som følge av kommunereformen, blir redusert.

KOMMUNEN SOM TJENESTEYTER

En av hovedoppgavene til kommunen er å yte best mulig tjenester til innbyggere. Svært mye av dette er styrt av nasjonale føringer gjennom lover og forskrifter. Rollen som tjenesteyter handler om at kommunene skal fremme likeverd, bruke ressurser effektivt og ha kvalitet i tjenestene. I følge ekspertutvalget vil tilstrekkelig kapasitet, relevant kompetanse, effektiv tjenesteproduksjon, økonomisk soliditet, valgfrihet og statlig rammestyring være de viktigste kriteriene for at kommunen skal kunne ta hånd om rollen som tjenesteyter på en tilfredsstillende måte (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a).

I følge ekspertutvalgets vurdering vil det være en fordel for kommunal tjenesteyting å overføre flere oppgaver til kommunene. Flere oppgaver til kommunene tilsier i neste omgang at kommunene må være større (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014 a og 2014b). I

meldingen om kommunereformen (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015), er det omtalt hvilke oppgaver som kan overføres til kommunene i forbindelse med kommunereformen. Vi nevner her særlig oppgaver som spiller en rolle i det lokale folkehelsearbeidet. Det gjelder blant annet tannhelsetjenester, rehabiliteringstjenester som i dag ligger til spesialisthelsetjenesten, distriktpsikiatriske sentre, ansvar for tilskudd til frivilligsentraler og noen oppgaver innenfor klima- og miljøforvaltning. Videre tror departementet det vil kunne gi god effekt å organisere og integrere allmenntannhelsetjenester med det kommunale helsefremmende og forebyggende arbeid, og med helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Departementet vurderer det også slik at større kommuner kan og bør få flere oppgaver knyttet til boligsosialt arbeid. For eksempel ansvar for virkemidler knyttet til boligetablering og boligtilpasning. Kommunal- og moderniseringsdepartementet mener at de aller største kommunene (minst 100 000 innbyggere) kan få ansvar for videregående opplæring, og at det kan bidra til å legge til rette for bedre koordinering av overgangen mellom grunnskole og videregående opplæring. I tillegg til oppgaver og tjenester som er nevnt i dette avsnittet, og som har sterke koplinger til folkehelse, er det egne vurderingsprosesser knyttet til flere andre oppgaver (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2015:25-32).

Et sentralt formål med å slå sammen kommuner er å skape større fagmiljøer og gi bedre og mer effektive tjenester. Det er grunn til å tro at en kommunereform med flere større kommuner vil føre til større fagmiljøer og høyere kompetanse, som igjen kan tenkes å bidra til bedre kvalitet i tjenestene (Brandtzæg, 2009, Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013). Slik sett vil større kommuner ha flere ansatte med god kompetanse på spesifikke tjenesteområder, som er sentrale i et folkehelseperspektiv, for eksempel i helsestasjonstjeneste, skolehelsetjeneste, barnehage, skole, pleie- og omsorg. Relevant kompetanse i disse tjenestene er en viktig forutsetning for godt lokalt folkehelsearbeid.

Ved å tillegge kommunene flere oppgaver, blant annet innenfor tannhelsetjenesten, psykisk helsevern, rehabilitering og boligsosialt arbeid, får kommunene muligheter til å se flere tjenester i sammenheng, og kunne gjøre politiske beslutninger på enda flere tjenesteområder. Det kan være bra for tilpasning til lokale utfordringer og behov, og gi mer treffsikre tjenester, noe som er viktig også i et folkehelseperspektiv.

Om kapasiteten vil bli bedre som følge av en reform, er vi mer usikre på. Det er flere innbyggere som skal ha tjenester, og det er ikke sikkert større kommuner i seg selv fører til mer kapasitet i tjenesteutøving. Men det kan tenkes at bedre kompetanse og kvalitet i tjenestene gir mer effektiv tjenesteproduksjon, som igjen kan bidra til økt kapasitet. Om tjenestene til syvende sist oppleves kvalitativt bedre for innbyggerne, selv om fagkompetansen blir bedre og fagmiljøene større, er usikkert. Svaret på hva som er kvalitativt gode tjenester handler blant annet om hvordan kvalitet blir målt.

Når det gjelder kommunen som tjenesteyter, tror vi kommunereformen kan bidra til å styrke fagmiljøet i enkelttjenester. Større kommuner kan medvirke til bedre og mer relevant kompetanse og bedre kvalitet i tjenester som er viktige for folkehelsen. Det gjelder særlig tjenester knyttet til skole, barnehage, helsestasjon, skolehelsetjeneste, smittevern og miljørettede tjenester. Men det er slik at en del brukere har behov for tilgang til, og oppfølging

fra, flere tjenester parallelt, og det er ikke sikkert at tjenestetilbudet for slike enkeltbrukere samlet sett blir kvalitativt bedre som følge av at kompetansen blir høyere i hver enkelt tjeneste. Bedre kompetanse og kvalitet i enkelttjenester gir ikke nødvendigvis bedre samhandlings- og samarbeidskompetanse i kommunen. Vi tror at behovet for samhandling og samarbeid på folkehelsefeltet, blir minst like stort som det er i dag, fordi spesialisering og arbeidsdeling i sin tur fører til behov for koordinering.

KOMMUNEN SOM MYNDIGHETSUTØVER

Kommunens rolle som myndighetsutøver handler om rettsikkerhet. For at kommunene, på en tilfredsstillende måte, skal håndtere denne rollen, mener ekspertutvalget at kommunene må ha tilstrekkelig kapasitet, relevant kompetanse og tilstrekkelig distanse (likebehandling) (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a). I rollen som myndighetsutøver skal kommunen samordne lokale initiativ med føringer fra lover, og ellers fra nasjonale og regionale organ i folkehelsearbeidet. Myndighetsutøvelse handler blant annet om vedtak om tildeling av tjenester, å kreve inn skatter og avgifter og å fordele tilskudd.

Kommunenes myndighetsutøvelse, slik det fremgår av folkehelseloven (2011), består for en stor del av miljørettet helsevern, som er flyttet fra kommunehelsetjenesteloven til folkehelseloven. Miljørettet helsevern omfatter «de faktorer i miljøet som til enhver tid direkte eller indirekte kan ha innvirkning på helsen. Disse omfatter blant annet biologiske, kjemiske, fysiske og sosiale miljøfaktorer» (folkehelseloven, §8). For øvrig skal kommunene ha nødvendig samfunnsmedisinsk kompetanse, og det skal ansettes en eller flere kommuneleger som medisinsk-faglig rådgiver for kommunen. Disse skal ha ansvar for å ivareta blant annet samfunnsmedisinsk rådgivning i kommunens folkehelsearbeid, herunder epidemiologiske analyser og hastekompetanse på kommunens vegne i saker innen miljørettet helsevern, smittevern og helsemessig beredskap.

Ekspertutvalget peker på ulike utviklingstrekk som vil påvirke myndighetsrollen: Omfanget av rettighetslovgivning har økt, flere typer vedtak blir definert som enkeltvedtak, økt bruk av individuelle planer, sterkere vektlegging av tilsyn og egenkontroll, internasjonalisering og offentlige anskaffelser (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b:73-74). Utvalget påpeker at det er begrenset med undersøkelser av hvordan store og små kommuner forvalter rollen som myndighetsutøver. Det er ikke gjort empiriske analyser av forholdet mellom kommuneinndeling og kvaliteten på myndighetsutøvelse isolert sett (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b:74-75).

Økningen i antallet enkeltvedtak som fattes i kommunen medfører at kommunens ansatte må ha tilstrekkelig generell forvaltningskompetanse. Saksbehandlerne må kjenne til og kunne anvende regelverket. Nye forvaltningsområder krever ny kompetanse (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2014: 76-77). Utvalget peker også på andre forhold som for eksempel at anskaffelsesregelverket er komplisert. Erfaring i praktisering av regelverket blir derfor viktig. Små kommuner, som gjennomfører anskaffelser sjeldnere, får ikke det erfaringsgrunnlaget (Kommunal og moderniseringsdepartementet, 2014: 77).

Kommunens rolle som myndighetsutøver er nær beslektet med kommunens rolle som tjenesteyter, og dermed kan det være slik at større og mer kompetente fagmiljøer, som kan forventes ved en kommunereform (jf. avsnittet om kommunen som tjenesteutøver), også kan gi økt sikkerhet for korrekte juridiske og faglige beslutninger. Samtidig kan det bli lettere å unngå inhabilitet, og dermed økt likebehandling. På den andre siden er tillit mellom tjenester og innbyggerne viktig i et rettsikkerhetsperspektiv, og det ser ut til å være lettere å bygge tillit i små kommuner sammenlignet med store kommuner (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b).

En studie, som er gjennomført av Telemarksforskning, viser at sammenslåtte kommuner mener at de har bedre forutsetninger for å sikre likebehandling og ivareta rettsikkerhet, og spesielt på områdene barnevern, tekniske tjenester og spesialiserte helsetjenester (Brandtzæg, 2009).

Myndighetsutøvelsen med utgangspunkt i folkehelseloven begrenser seg for en stor del til arbeidet med miljørettet helsevern. Dette betyr at lokalt folkehelsearbeid i liten grad blir påvirket av utviklingstrekk knyttet til flere individbaserte rettigheter og vedtak.

Myndighetsutøvelsen vil i stor grad begrense seg til arbeid for å sikre miljørettet helsevern knyttet til næringsvirksomhet – men kan også gjelde enkeltpersoner. Utviklingstrendene skissert i ekspertutvalgets rapporter vil derfor ikke i så stor grad påvirke lokalt folkehelsearbeid.

Fordi større kommuner trolig vil ha bedre muligheter for å rekruttere juridisk kompetanse, og på grunn av størrelse og saksomfang få breiere erfaringsgrunnlag, kan det være at større kommuner på mange måter vil bli bedre i stand til å håndtere myndighetsrollen, og det gjelder trolig også knyttet til folkehelse og folkehelsearbeid.

4. KOMMUNEREFORM OG KONSEKVENSER FOR SAMARBEID PÅ TVERS

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan problemstillinger knyttet til kommunereformen, og påfølgende endringer i kommunestruktur, kan påvirke det tverrsektorielle folkehelsearbeidet. Herunder vil vi diskutere kommunereformens påvirkning på kommuneledelsens rolle, rammer og forutsetninger og folkehelsekoordinatorens rolle. Videre vurderes samarbeid internt i kommunen, og samarbeid mellom kommunen og andre aktører rettet mot lokalt folkehelsearbeid.

KOMMUNEREFORM OG TVERRFAGLIG OG TVERRSEKTORIELT SAMARBEID

Helse- og omsorgsdepartementet skal i følge folkehelsemeldingen (Helse og omsorgsdepartementet, 2015) i samarbeid med kommunesektoren utvikle et program for folkehelsearbeid i kommunene. Dette programmet skal: «...bidra til å styrke den tverrsektorielle innretningen og den politiske forankringen av folkehelsearbeidet» (ibid.). Folkehelsemeldingen påpeker at dette programmet blant annet bør innrettes slik at det legger til rette for utvikling av strukturer for å ivareta folkehelsearbeidet, og vi mener at det herunder bør legges vekt på strukturer og organisering av det tverrsektorielle samarbeidet i kommuner som får endret sin kommunestruktur. Det kan handle om å løfte folkehelsekoordinatorstillingen opp på et høyere styringsnivå, og det kan handle om å utforme tverrsektorielle målsettinger knyttet til folkehelse som er godt forankret og fulgt opp på øverste ledernivå.

Ved sammenslåing til større kommuner kan man anta at barrierer i den tverrsektorielle samhandlingen om folkehelsearbeidet kan oppstå, blant annet på bakgrunn av forskjeller i kultur og tenkning, nye organisatoriske strukturer og manglende kommunikasjon på tvers i ny kommunestruktur (Helsedirektoratet, 2011). Allerede i 2011 var det etablert regionråd hvor folkehelsearbeid var en del av strategiplanen og rådets funksjoner, og dette kan ha bidratt til at kommunene har nærmet seg hverandre på dette området (Helgesen og Hofstad, 2012). I større kommuner har man bygget opp tilstrekkelig kompetanse, noe som sørger for mer stabilitet og mindre tilfeldige variasjoner i fagmiljøenes kompetanse (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a). Det kan også tenkes å bidra til å stabilisere det tverrfaglige arbeidet. Men større kommuner, med sterkere fagmiljøer kan også føre til at fagmiljøer, enheter og tjenester blir mer spesialisert og mindre innrettet på samarbeid på tvers (Christensen og Lægred, 2004, 2006, Almklov og Antonsen, 2014).

Organisering og ledelse som setter mål og strategier i folkehelsearbeidet, legger til rette for samarbeid og samhandling, og sørger for prioritering og oppfølging av folkehelsearbeidet, vil bli viktigere for det tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeidet i ny kommunestruktur (Helsedirektoratet, 2011, Kaurstad, Bachmann, Bremnes og Groven, 2015). I tillegg til at den nye organiseringen må legge til rette for samhandling, må roller og forventninger til hver aktør avklares og det må være et klart og tydelig mandat fra ledelsen.

En av styrkene ved tverrfaglig og tverrsektorielt samarbeid i mindre kommuner er fleksibiliteten og den uformelle kontakten. Sammenslåing til større kommuner kan føre til avstand som vil gi

utfordringer med tanke på tverrsektorielt samarbeid og samarbeid mellom fagetater. Ekspertutvalget mener at til tross for at kommunale tjenester må leveres der folk bor, vil utvikling innen IKT begrense reisebehovet og bidra til at det er mulig å etablere attraktive fagmiljøer, og at det blir enklere i en samlet organisasjon fremfor i interkommunale samarbeid (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014).

I et samhandlingsprosjekt om hjemmetjenester til rehabiliteringsbrukere i en langstrakt kommune, som hadde to sentrum etter en kommunesammenslåing, opererte hjemmetjenesten i praksis med to tjenesteaktører, en tilknyttet hver sentrumsbebyggelse (Skrove, Groven og Bachmann, 2015). Det er få felles møter i hjemmetjenesten og kompetanse og kapasitet blir sjelden brukt på tvers av geografisk tilhørighet. Reiseavstanden mellom de to tidligere kommunesentrene blir brukt som begrunnelse for lite samarbeid i hjemmetjenesten, men større innvirkning har nok den lokale tilhørigheten til eget tettsted (ibid., Aarseth m.fl., 2015). Samtidig er det kommuner som kanskje har ulikt utgangspunkt, forutsetninger og kultur som skal omorganiseres og omstruktureres. Kommunene har utformet egne løsninger og slik formet samhandlingsreformen like mye i tråd med sine pågående prosesser, kultur og forutsetninger, som at reformen har påvirket kommunens organisering og tjenester (Aarseth m.fl., 2015). Et fremtredende funn fra evalueringen av reformen er kommunenes perspektiv på at endringene som har skjedd, eller er på gang i kommunene, ikke kan tilskrives som en direkte følge av reformen, men som en del av langsiktige, pågående og relativt stabile endringsprosesser, som allerede var i gang i kommunene da samhandlingsreformen ble gjort gjeldende (Aarseth m.fl., 2015). Dette kan skape utfordringer både for samarbeidet internt i tjenestene, og ikke minst mellom sektorer og tjenesteområder.

KOMMUNEREFORM OG KOMMUNELEDELSENS ROLLE I FOLKEHELSEARBEIDET

Stortingsmeldingen *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* peker på utfordringene knyttet til den organisatoriske fragmenteringen innen helse- og omsorgssektoren (Helse og omsorgsdepartementet 2015b). Sektoren kjennetegnes av et økende mangfold av tjenester, hvor nye tjenester etableres atskilt fra eksisterende. I tillegg skaper fysisk atskillelse av tjenestene og ulike finansieringsordninger utfordringer for samhandling. Ofte har tjenestene få eller ingen formelle møtearenaer, og samhandlingen mellom tjenesteyterne kompliseres ytterligere av interkommunale løsninger. For å legge til rette for samhandling på tvers i en kompleks kommuneorganisasjon, er ledelsen viktig. Nettopp den store kompleksiteten i folkehelsearbeidet og ledernes store kontrollspenn skaper ledelsesutfordringer. Når regjeringen ønsker å stimulere til samlokalisering av helse- og omsorgstjenestene for å redusere fragmentering og bedre tverrfaglighet og samarbeid (Helse og omsorgsdepartementet 2015), er det grunn til å anta at dette vil utfordres av ny kommunestruktur. Videre stiller vi spørsmål ved om samlokalisering av helse- og omsorgstjenestene i egne bygg og sentre vil skape større avstand mellom disse tjenestene og de øvrige tjenestene, virksomhetene og administrasjon, som alle inngår i kommunens tverrfaglige og tverrsektorielle samarbeid om folkehelsearbeidet.

Selv om det i flest kommuner oppgis at det er helsetjenestene som deltar i tverretattlig samarbeid om folkehelse, deltar også rådmannens stab i nesten tre av fire kommuner (Schou, Helgesen og Hofstad, 2014). Samhandlingsreformen har, ifølge Schou og kollegaer (2014), ført til

en tverrsektoriell dreining med mer folkehelsearbeid i andre etater enn helse, og har bidratt til at folkehelsearbeidet sitter dypere i den kommunale organisasjonen.

Kommunal administrativ organisering med flat struktur, med kommunalsjefer, legger best til rette for tverretatlig samarbeid (Hansen og Helgesen, 2012). Kommunestørrelse har imidlertid også stor betydning for det tverretatlige samarbeidet. I større kommuner med høy grad av spesialisering er det vist at samarbeidet kan bli mer tilfeldig (Helgesen et al, 2014). For å synliggjøre ansvar, samarbeid og koordinering kan en sektormodellorganisering fungere bedre enn resultatenhetsorganisering, spesielt i større kommuner (Aarseth, Bachmann, Gjerde og Skrove, 2015). I mindre kommuner er organiseringen av mindre betydning da små forhold gir tette relasjoner mellom ulike nivå, posisjoner og personer (ibid.). Initiativ til tverretatlig samarbeid må komme fra rådmannsnivå, ettersom enhetsledere ikke har myndighet til horisontalt å påvirke andre enheter. Vi kan derfor anta at kommuneledelsens rolle blir av enda større betydning for å opprettholde tverrsektorielt folkehelsearbeid etter sammenslåing til større kommuner.

KOMMUNEREFORM OG SAMHANDLINGEN MELLOM FOLKEHELSEKOORDINATOR OG LEDELSEN I KOMMUNEN

I 2014 hadde 85 prosent av kommunene ansatt folkehelsekoordinator (Schou, Helgesen og Hofstad, 2014). Av disse var i underkant av 20 prosent ansatt for å arbeide med folkehelsearbeid på heltid, mens flest (rundt 30 prosent) jobbet som folkehelsekoordinator i 50-60 prosent av sin totale arbeidstid (ibid.). Flere kommuner hadde folkehelsekoordinator i samarbeid med andre kommuner. Siden folkehelsekoordinatoren skal være det koordinerende leddet i kommunenes folkehelsearbeid, er det grunn til å tro at denne stillingen blir viktigere ved endringer i kommunestruktur, nettopp for å koordinere folkehelsearbeidet på tvers av større og eventuelt flere avdelinger og virksomheter.

Folkehelsekoordinatorens rolle i nesten samtlige kommuner er i hovedsak knyttet til å koordinere på tvers av etater. Likevel var nesten 40 prosent ansatt under helsesjef eller kommunelege i 2014 (Schou, Helgesen og Hofstad, 2014). Dette kan påvirke folkehelsekoordinatorens samordningsfunksjon og gjennomslagskraft på tvers i kommunene. Ved å løfte folkehelsekoordinatorstillingen opp under rådmannsnivå, vil folkehelsekoordinatoren ha større myndighet til å koordinere. Per 2014 var kun 27 prosent plassert direkte under rådmann (ibid.). Det er også en utfordring at flest er organisatorisk plassert i helsesektoren, til tross for at folkehelsearbeid skal være tverretatlig. Ved sammenslåing til større kommuner vil vi anta at stillingsomfang og organisatorisk plassering av folkehelsekoordinatoren vil legge til rette for tettere samarbeid mellom koordinator og kommuneledelsen.

KOMMUNEREFORM OG SAMARBEID MELLOM KOMMUNEN OG ANDRE AKTØRER

Kommunene er i henhold til folkehelseloven §4 pliktig å legge til rette for samarbeid med frivillig sektor. Samarbeid med frivillige organisasjoner om folkehelsearbeid gjør at man når ut til flere enn man når gjennom kommunale tjenester og tilbud (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Regjeringen ønsker å styrke samarbeidet mellom kommuner og frivillig organisasjoner i videreutviklingen av folkehelsearbeidet (ibid.).

Med innføringen av partnerskapsbegrepet i tilknytning til stortingsmeldingen Resept for et sunnere Norge (Helsedepartementet, 2003) var alle fylkeskommuner partnerskapskommuner på folkehelseområdet innen 2007 (Helgesen og Hofstad, 2012). Etter 2011 ble partnerskapsbegrepet ytterligere spesifisert på den måten at roller og oppgaver til partnerne kom inn i avtalene. Likevel var det den uformelle kontakten mellom kommunene og frivillig sektor som var den vanligste og viktigste samarbeidsformen, hvor det var lav terskel for å ta kontakt (Helgesen og Hofstad, 2012).

I 2011 samarbeidet 74 prosent av kommunene i middels til liten grad med privat og frivillig sektor i folkehelsearbeidet (Helgesen og Hofstad, 2012). De fleste kommunene mente at samarbeid om fysisk aktivitet var viktig, deretter kulturaktiviteter og sosiale møteplasser (ibid.). Studier viser at flest kommuner har kontakt med idrettsorganisasjoner og friluftorganisasjoner (Bergem, Ouff og Aarflot 2008).

Samarbeidsrelasjonen mellom kommunene og frivillig sektor kommer først sent i utviklingsarbeidet, slik at mest samarbeid foregår på tiltaksutvikling, mens det er lite samarbeid på planlegging (Helgesen og Hofstad, 2012). Det tverrsektorielle samarbeidet og ansvaret for folkehelsearbeidet settes på prøve når kommunene skal sikre demokratisk forankring av samarbeidsarenaer og finne strategiske løsninger for godt lokalt samarbeid (ibid.).

Samarbeid med frivillig sektor synes i noen grad å være påvirket av kommunenes økonomiske situasjon – hvor samarbeid med frivillige organisasjoner øker kommunenes totale ressurser til folkehelsearbeid (Helgesen m.fl., 2014). Et tett samarbeid avhenger av at noen jobber for å få til en god kobling mellom kommunal og frivillig virksomhet. Noen kommuner har opprettet egen frivillighetskoordinator som arbeider inn mot frivillig sektor, men dette kan bli en ensom jobb dersom det ikke understøttes fra kommunens ledelse og fra tjenestene (ibid.). Det kan antas at endringer i kommunestruktur gir økt behov for en slik frivillighetskoordinator, som kan ha oversikt over og følge opp kontakten med lag og organisasjoner og andre samarbeidsparter i sammenslåtte kommune. Økte krav til administrering og koordinering av frivillige organisasjoner i samarbeid med kommunale virksomheter kan imidlertid rokke ved frivillighetens natur (Bergem m.fl. 2009, Ouff m.fl. 2010).

5. KOMMUNEREFORMEN OG FYLKESKOMMUNENS ROLLE I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

Fylkeskommunal og kommunal planlegging og utviklingsarbeid har hovedfokus på horisontal, også kalt territoriell, samordning (Amdam og Amdam 2000, Amdam 2005). I følge planlovgivningen skal denne planleggingen ha fokus på et samfunns ulike utfordringer sett i sammenheng. Fylkeskommunenes ansvar i folkehelsearbeidet er blant annet å samordne innsatsen i det sektorovergrepene folkehelsearbeidet regionalt og lokalt med vekt på å understøtte folkehelsearbeidet i kommunene.

I dette kapitlet vil vi se nærmere på hvordan arbeidsdelingene mellom fylkeskommunen og kommunen vil kunne påvirkes av dannelsen av flere kommuner med mer enn 15.000 innbyggere og av dannelsen av nye regionkommuner med opp mot 100.000 innbyggere eller mer. Kapitlet tar for seg hvordan større og mer kompetente kommuner kan påvirke arbeidsdelinga mellom kommuner og fylkeskommuner, og hvordan forutsetningene for samarbeid mellom fylkeskommunen og kommunen blir påvirket av at en eventuelt får færre kommuner. I siste del av kapitlet drøftes hvordan fylkeskommunen kan bidra til å ivareta folkehelsearbeidet i de minste kommunene etter en kommunereform.

KOMMUNEREFORM OG ARBEIDSDELINGA MELLOM KOMMUNER OG FYLKESKOMMUNER

I den konkrete tilnærmingen til understøtterrollen overfor kommunene er særlig tre oppgaver sentrale, slik de går fram av lovproposisjonen, Prop. 90 L (2010-2011), Lov om folkehelsearbeid (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011):

- Videreutvikle arbeidet med oversikt over helsetilstanden i fylket og positive og negative faktorer som kan ha innvirkning på den.
- Drive planveiledning etter plan- og bygningsloven.
- Bidra til systematisk og tverrsektorielt folkehelsearbeid.

Videreutvikle arbeidet med oversikt over helsetilstanden i fylket

Det er lite trolig at oppgavefordelingen på dette området vil bli påvirket av dannelsen av flere mellomstore og store kommuner. Selv om noen flere kommuner får kompetanse til å styrke arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstanden i kommunen (jf. kap.3), tror vi at fylkeskommunen må ha understøtterrolle i arbeidet (Ringholm m.fl., 2009). Behovet for et nivå som kan ha oversikt over helsetilstanden i fylket forsvinner ikke med de endringene som kommunereformen vil gi.

Drive planveiledning etter plan- og bygningsloven

Når det gjelder den andre oppgaven, å drive planveiledning etter plan- og bygningsloven, vil kommunenes egne plankompetanse kunne påvirke arbeidsdelingen mellom de to nivåene. Her finner både ekspertutvalget (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014a) og Ringholm m.fl. (2009) en klar sammenheng mellom kommunenes kompetanse på både arealplanlegging og samfunnsplanlegging og kommunens innbyggertall. Dermed er det rimelig å anta at en økning i

både antallet kommuner med mer enn 15.000 innbyggere og med opp mot 100.000 eller mer vil styrke kommunesektorens kompetanse på disse områdene.

Hvorvidt styrket kommunal kompetanse i slikt planarbeid vil gjøre fylkeskommunens rolle som planveileder overflødig, er derimot usikkert. Ringholm m.fl. (2009:67) finner for eksempel ingen tydelig sammenheng mellom innbyggertall og fylkeskommunens betydning som samarbeidspartner for kommunene. Dette funnet indikerer at det, også etter en kommunereform, vil være et behov for at fylkeskommunen viderefører dagens rolle som veileder i planlegging etter plan- og bygningsloven.

Bidra til systematisk og tverrsektorielt folkehelsearbeid

Gjennom forvaltningsreformen i 2010 ble fylkeskommunen tildelt en pådriver- og samordningsfunksjon for folkehelsearbeidet i fylket. Et sentralt aspekt ved organiseringen av dette arbeidet er hvordan tiltakene passer inn i det kommunale landskapet før og eventuelt etter en kommunereform. En gjennomgang av noen utvalgte fylkesvise handlingsplaner for folkehelsearbeid (Møre og Romsdal, Oppland og Sogn og Fjordane), viser at mange tverrsektorielle tiltak, slik som informasjonstiltak for å tilrettelegge for økt fritidsaktivitet, utvikling av sammenhengende tur- og sykkelstier osv. omfatter geografiske områder som strekker seg utover både dagens kommunegrenser og kommunegrenser som vil kunne oppstå ved dannelsen av flere kommuner med mer enn 15.000 innbyggere. Ved dannelsen av enda større kommuner vil derimot mange slike tiltak kunne foregå innenfor de nye kommunegrensene.

Et annet aspekt som kan berøre arbeidsdelingen mellom fylkesnivået og kommunenivået er hvordan kommunestrukturen matcher organiseringen av samarbeidspartnerne innen frivillig og statlig sektor. Ser man på folkehelseaktørene fra frivillig sektor, varierer den geografiske organiseringen betydelig. De største organisasjonene (for eksempel breddeidrettslag) har gjerne flere foreninger innenfor dagens kommunegrenser, noen har foreninger som ofte følger kommunegrensene (smalere idrettslag og organisasjoner slik som Røde kors), mens andre er mer regionale (for eksempel de lokale turistforeningene). Selv om flere organisasjoner vil falle innenfor enkeltkommuner ved en sammenslåing av kommuner, vil den geografiske lokallagsorganiseringen forbli svært heterogen sammenlignet med kommunegrensene både før og etter en moderat kommunereform. Hvis man derimot ser på den geografiske organiseringen av de frivillige organisasjonenes «regionnivå», er disse langt mer homogene ved at den gjennomgående følger dagens fylkesgrenser. Dette taler for fylkesvis koordinering også etter en kommunereform.

Ser man på folkehelseaktører i statlig sektor, er NAV organisert med både kommunenivå og fylkesnivå, mens de fleste andre underliggende etater dekker større geografiske områder enn det som vil oppstå ved dannelsen av kommuner med minimum 15.000 innbyggere. Ved dannelsen av kommuner med opp mot 100.000 innbyggere eller flere, ligger det bedre til rette for å tilpasse folkehelsearbeidet i statlige etater etter kommunestrukturen.

I denne typen kommuner vil det også være behov for folkehelsestiltak som omfatter andre statlige etater enn i de små og mellomstore aktørene. De ulike områdesatsingene i utsatte bydeler i

storbyområder er et eksempel på dette. Områdesatsingene, som alle har folkehelse som et viktig fokusområde, er etablert ut fra en erkjennelse av at kommunen (og fylkeskommunen) mangler tilstrekkelig virkemidler for å løse negative utviklingstrekk i utsatte bydeler. Som et mottiltak er det etablert forpliktende tverrsektorielle samarbeid mellom stat (departementer, Husbanken osv.), kommune, innbyggere og frivillig sektor om helhetlig og sammenhengende innsats rettet mot et nærmere definert geografisk område. I dag pågår det slike satsinger i tilsammen seks områder, i de fire byene Oslo, Bergen, Trondheim og Drammen. Både demografisk utvikling og kommunestruktur vil kunne bidra til at det iverksettes flere slike satsinger i nyetablerte regionkommuner slik som Nedre Romerike, Stor-Follo, Sarpsborg/Fredrikstad, Grenland og «Stor-Stavanger».

KOMMUNEREFORM OG SAMARBEID MELLOM FYLKESKOMMUNEN OG KOMMUNEN

I planleggingsteori er det vanlig å skille mellom de to styringsformene government og governance (Allmendinger, 2009, Healey, 2006). Government betegner tradisjonell instrumentell planlegging og styring gjennom kommando ovenfra, som preger byråkratisk styringslogikk og egner seg godt til rollen som myndighetsutøver og til produksjon av standardiserte tjenester (jf. kap.3). Governance er en tilnærming til komplekse utfordringer på tvers av sektorer ut fra konkrete behov. Denne styringsformen er kjennetegnet av bilaterale avtaler utviklet gjennom samarbeid og forhandlinger. Denne planleggingsformen er spesielt egnet for tverrsektoriell koordinering.

Innretningen på oppgavene fylkeskommunen ble tildelt ved forvaltningsreformen i 2010 er i stor grad preget av governance. Ansvarsområdene er tverrsektorielle og komplekse. Samtidig mangler fylkeskommunen juridiske og økonomiske virkemidler til å ta tak i folkehelsearbeidet gjennom beslutninger ovenfra (Amdam m.fl., 2014). I mangel på denne typen virkemidler har forvaltningsnivået utviklet en arbeidsform kjennetegnet av koordinering gjennom rådgivning, partnerskap og dialog.

Governance-planlegging er krevende og fungerer vanligvis best hvis antallet aktører ikke er for stort (Amdam og Veggeland, 2011). I dagens kommunestruktur har de fleste fylkene opp mot, eller flere enn, 20 kommuner, og noen fylker har svært mange kommuner. Det er likevel betydelige variasjoner. For eksempel har Vestfold, som etter sammenslåingen av Sandefjord, Andebu og Stokke, 12 kommuner og fylkene Møre og Romsdal og Nordland har henholdsvis 36 og 44 kommuner.

Fylkes/kommunesammensetningen preger også kontaktformene mellom de to forvaltningsnivåene. I følge Nilsen og Langslet (2013) skjer kontakten med kommunene, når det gjelder utviklingsarbeid, ofte gjennom en kombinasjon av direkte kontakt med den enkelte kommune, gjennom regionrådene og/eller andre etablerte regionale arenaer, der flere kommuner inngår. Selv om mange av fylkeskommunene har etablert bilaterale samarbeidsavtaler med den enkelte kommune, foregår den planlagte og rutinefestede kontakten som oftest gjennom regionrådene. Direktekontakt mellom nivåene skjer mer sporadisk. Som illustrasjon kan nevnes at de fleste rådmennene i en survey om samarbeidet med fylkeskommunen, oppgir at de har møter med fylkeskommunen 'noen ganger i året' eller sjeldnere (Nilsen og Langslet, 2013).

Fylkeskommunen i Sør-Trøndelag påpeker i en ny rapport (Sør-Trøndelag fylkeskommune, 2015) fra erfaringsfylkeprosjektet, at de må revurdere og forsterke sin funksjon som kunnskapsformidler og tilrettelegger for kommunene, både enkeltvis og interkommunalt. Videre understreker de at kommunene selv må ha en aktiv og engasjert ledelse som mener at folkehelsearbeidet er et sentralt arbeidsfelt (ibid.). Kommunal ledelse er med andre ord viktig for fylkeskommunenes opplevelse av hvordan de best mulig kan utføre sitt ansvar ovenfor kommunene i folkehelsearbeidet.

Hvordan vil så en reduksjon i antallet kommuner gjennom en kommunereform kunne påvirke samarbeidet mellom fylkeskommunen og kommunen i folkehelsearbeidet? I Amdam m.fl. (2014) diskuteres egnetheten til ulike regionstrukturer gitt ulike kommunestrukturer i lys av utøvelsen av fylkeskommunens fire roller. I vurderingen av samfunnsutviklerrollen, vurderes dagens fylkesstruktur kombinert med en reduksjon i antallet kommuner til ca. 300 som en moderat fordel for fylkeskommunalt utviklingsarbeid, siden hver fylkeskommune da får færre kommuner å forholde seg til. Siden kommunestrukturen varierer fra fylke til fylke, vil dette trolig slå ulikt ut. Amdam m.fl. (2014) påpeker at de mest kommunerike fylkene fortsatt vil ha et forholdsvis stort antall kommuner også etter en 'moderat' kommunereform.

Ved en mer omfattende reform, der man reduserer antallet kommuner til ca. 150, forventes utviklingsarbeidet i de mest kommunerike fylkene å styrkes betraktelig. Samtidig forventes en slik reform å skape andre utfordringer i form av få kommuner i andre fylker. En kombinert reform der man reduserer antallet fylker til mellom 10 og 15, og antallet kommuner til ca. 150, er derfor det som vurderes å være det som kan gi det folkevalgte regionnivået best vilkår til å fylle sin rolle som utviklingsaktør.

KOMMUNEREFORM OG FYLKESKOMMUNENS ROLLER OVERFOR DE MINSTE KOMMUNENE

Desentralisering av en del samordningsoppgaver og av avanserte tjenester øker kompleksiteten i kommunens oppgaver, og skaper behov for et større befolkningsunderlag for ta hånd om alle deler av folkehelsearbeidet på en god måte. For å løse avanserte oppgaver selv, vil mange kommuner trolig ha behov for et større befolkning enn i dag. Et viktig mål med kommunereformen er nettopp å skape mer egnede enheter, som er bedre i stand til å håndtere krevende oppgaver.

Ekspertutvalget har gjort en grundig analyse av hvordan kommunestørrelse påvirker forutsetningene for å løse ulike oppgaver (Kommunal- og regionaldepartementet, 2014a). For å tilpasse kommunestrukturen til slike behov skisseres to typer kommunesammenslåinger (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b). Den første typen sammenslåing er innrettet mot å danne regionkommuner av sammenvokste tettsteder og av by- og omlandskommuner som danner hverdagsregioner. Den andre typen kommunesammenslåing er å slå sammen kommuner rundt deres distriktssentre for å oppnå en kommunestørrelse med minimum 15.000 innbygger.

En mulig svakhet i ekspertutvalgets utredning er at den i for liten grad relaterer diskusjonene om størrelse til hele det norske kommunelandskapet. Amdam m.fl. (2014) viser at det etter en kommunereform langs disse linjene vil kunne dannes ca. 100 kommuner med minimum 15.000

innbyggere rundt hverdagsregioner og rundt eksisterende sentre, men at en slik reform vil etterlate seg et restproblem i form av 50-70 kommuner, som ikke er en naturlig del av en slik enhet. Disse kommunene vil omfatte ca. 4-5 % av befolkningen.

Generalistkommuneprinsippet har stått sentralt i norsk kommunalpolitikk siden byene ble lagt inn under fylkeskommunen på 1960-tallet (Kommunaldepartementet, 1988, Kommunaldepartementet, 1992:15). Både ekspertutvalget (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b) og Amdam m.fl. (2014) påpeker at dette prinsippet kan være til hinder for å finne gode løsninger innenfor den heterogene norske kommune- og fylkesstrukturen. En mulig løsning på denne utfordringen, som er skissert av Amdam m.fl. (2014) og Selstad m.fl. (2012) er en utvidelse av governance-rollen fylkeskommune har overfor kommunene. På den måten kan fylkeskommunene, i samråd med kommunene, avlaste de minste kommunene på ansvarsoppgaver som de selv ikke er i stand til å løse. I en slik modell vil kommunene beholde ansvaret for de stedbundne basisoppgavene, fylkeskommunen overtar kompetansekrevene myndighets- og tjenesteproduksjonsoppgaver, mens det lokale utviklingsarbeidet, herunder de tverrsektorielle delene av folkehelsearbeidet, utføres i tett samarbeid mellom forvaltningsnivåene.

6. KOMMUNEREFORMEN OG HELSEDIREKTORATETS ROLLE I LOKALT FOLKEHELSEARBEID

I følge folkehelseloven skal Helsedirektoratet sette i verk nasjonal politikk, være pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, utvikle nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid (folkehelseloven, 2011, §24). Helsedirektoratet skal gi råd og veiledning om strategier og tiltak i folkehelsearbeidet. En viktig rolle er å skaffe den kunnskapen som er nødvendig i ulike sammenhenger, og legge til rette for at andre (f.eks. kommuner og fylkeskommuner) skal kunne bruke denne kunnskapen etter behov og ønsker. Spredning av metoder og verktøy, forvaltning av utviklings- og stimuleringsmidler til lokalt folkehelsearbeid er eksempler på virkemidler som Helsedirektoratet bruker. Vi kan nevne 'Partnerskap for folkehelse', 'Helse i plan', frisklivssentraler, tilskudd til lavterskel fysisk aktivitet m.m. som eksempler på tiltak initiert av Helsedirektoratet.

Mål for statens støtte til lokalt folkehelsearbeid (jf. Helsedirektoratet, 2014) bør være å bidra til at:

1. Kommunene får økt tilgang til metoder og verktøy til bruk i folkehelsearbeidet.
2. Resultater fra tilsyn med folkehelseloven blir brukt til kvalitetsoppfølging.
3. Kommunene opplever at staten er mer samordnet i sine budskap, noe som bidrar til å fremme den tverrsektorielle innsatsen lokalt.
4. Kommunenes kapasitet og kompetanse til folkehelsearbeidet øker.
5. Kommunene får mer kunnskap om implementering av folkehelseiltak og evaluerer iverksatte tiltak i større grad.
6. Det etableres et opplegg for å følge med det lokale folkehelsearbeidet, slik at kommunene får kunnskap om utviklingen og at støtten fra staten kan tilpasses situasjonen.

Kommunereformens betydning for Helsedirektoratets rolle i lokalt folkehelsearbeid henger nær sammen med hvordan kommunens roller blir endret, hvilke konsekvenser kommunereformen har for tverrsektorielt arbeid og for fylkeskommunens rolle. Det vil si at kunnskapsgrunnlaget for vurderingen av Helsedirektoratets rolle er i stor grad å finne i de foregående kapitlene i denne rapporten.

Helsedirektoratets rolle er analysert med utgangspunkt i følgende spørsmål:

- Hvordan kan endring i kommunestruktur påvirke Helsedirektoratets rolle rettet mot lokalt folkehelsearbeid generelt, og bruken av og behovet for råd- og veiledning når det gjelder arbeidsmåter og verktøy spesielt?
- Kan endring i kommunestruktur påvirke hvilken type statlige utviklings- og stimuleringsmidler som trengs i lokalt folkehelsearbeid?

Med det utvidede ansvaret som kommunene har fått for ulike oppgaver, for eksempel som konsekvens av samhandlingsreformen, og også som følge av en kommunereform, trenger kommunene ansatte med kompetanse til å ta hånd om flere oppgaver, og oppgaver som krever høyere og mer spesialisert kompetanse. Analysen vi har gjort peker i retning av at

kommunereformen med flere større kommuner kan føre til mer kompetanse og kvalitet i tjenester som er viktige for folkehelsen og folkehelsearbeidet (jf. kap.3). Kommunereformen kan også tenkes å øke planleggingskompetansen, innovasjonskompetansen og annen type kompetanse som er viktig for helsefremmende samfunnsutvikling. Det kan redusere behovet for støtte, rådgivning og veiledning på spesifikke folkehelse temaer, som for eksempel ernæring, kosthold, fysisk aktivitet, tobakk, rus og til en viss grad også på innovasjonskompetanse og planleggingskompetanse. Men behovet for faglig veiledning og kompetansehevede tiltak knyttet til folkehelse temaer blir ikke helt borte, selv om behovet kan tenkes å bli redusert som følge av en kommunereform med flere kommuner med 15 000-20 000 innbyggere.

Vår analyse peker på at kommunereformen kan bidra til mer spesialisering og tydeligere ansvarsfordeling mellom enheter i kommunene (jf. kap.3). Mer spesialisering og arbeidsdeling fører i mange tilfeller til mer fragmentering mellom fag og tjenester, og behovet for koordinering og samordning vil bli større (Colbjørnsen, 2003, Thorstensen, 2006). Riksrevisjonens undersøkelse (Riksrevisjonen, 2015) viser at folkehelsearbeidet ikke er godt nok forankret i sektorer utenfor helse, og det er ikke grunn til å tro at en kommunereform med flere større kommuner vil endre det bildet vesentlig (jf. kap.4). Dermed vil spredning av verktøy, arbeidsmåter, og statlige utviklings- og stimuleringsmidler som skal medvirke til samarbeid mellom fag, tjenester og sektorer være viktige virkemidler fra Helsedirektoratet.

Større kommuner gjør ikke behovet for samordnet innsats fra statlig hold mindre. Flere og mer komplekse oppgaver til kommunene og mer spesialisering i enheter og tjenester, kan tvert imot tenkes å gjøre behovet for samordnede signaler og samlet innsats fra statlig nivå større. På folkehelsefeltet må særlig Helsedirektoratet arbeide for å samordne statlige signaler.

Ekspertutvalget mener at med større kommuner kan mange av dagens kompenserende tiltak, som statlige myndigheter har iverksatt for å sikre at også de små kommunene kan ivareta sine lovpålagte oppgaver, utgå (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b). Utvalget mener at det i sin tur vil bidra til enklere og mer oversiktlig forvaltning. Mer kompetanse i kommunene kan gi bedre kvalitet i deler av folkehelsearbeidet, og dermed mer treffsikker gjennomføring. Det er grunn til å tro at det også kan øke kommunenes kunnskap om evaluering av folkehelse tiltak. Men det vil like fullt være behov for en aktør som kan følge med på, og på ulike måter bidra til, at kvaliteten i folkehelsearbeidet er tilfredsstillende. Vi tror at det fremdeles vil være behov for arenaer for å dele erfaringer og kunnskap for å fremme lokalt folkehelsearbeid (Bergem m.fl., 2009, Ouff mfl., 2010, Helgesen og Hofstad, 2012).

Ekspertutvalget mener at detaljstyring bør fjernes og den statlige styringen må være rettet mot resultatene som oppnås i kommunene (Kommunal- og moderniseringsdepartementet, 2014b). Å følge med på resultatene og skaffe kunnskap om status i folkehelsearbeidet vil altså være nødvendig, selv om vi får flere større kommuner. Å oppnå prioritet og motivasjon for folkehelsearbeidet er en utfordring i kommunene (Hofstad og Helgesen 2012). En grunn til dette kan være at kostnadene, på kort sikt, er mer synlige enn resultater, i alle fall hvis vi tenker på effekter på levealder, uførestatistikken, helsetilstanden osv. Fordi sammenhengen mellom innsats for å fremme folkehelsen og resultater av innsatsen kan framstå som uklar, og fordi arbeidet har effekt først på langt sikt, har kommuner utfordringer med å dokumentere, blant annet overfor politikerne, hvorfor folkehelsearbeid er en viktig oppgave. Veiledning knyttet til å

kunne dokumentere og formidle betydningen av folkehelsearbeid på andre måter enn ved å vise til gjennomføring av konkrete folkehelseiltak, ser ut til å være nødvendig. Det er en oppgave for Helsedirektoratet, og behovet for dokumentasjonskompetanse blir trolig ikke endret selv om kommunene blir større.

Lokal identitet, deltakelse, politisk styring og levende folkestyre er noen sentrale faktorer knyttet til kommunens rolle som lokaldemokratisk arena. Disse faktorene er også svært sentrale i lokalt folkehelsearbeid, der siktemålet er å utvikle gode og helsefremmende lokalsamfunn, som er sosialt utjevne. Det kan se ut til at kommunens rolle som demokrati er den av kommunens roller som i størst grad blir svekket ved sammenslåing til større kommuner (jf. analysen i kap.3). På folkehelsefeltet er det stor overlapp mellom rollen som samfunnsutvikler og rollen som demokratisk arena. Samfunnsutvikling med helsefremmende siktemål, må i stor grad bygge på demokratiske prinsipper, der innbyggerne er med å legge premissene gjennom deltakelse og dialog. Hvis det er slik at lokaldemokratiet blir svekket med økende kommunestørrelse (Brandtzæg, 2009, Økonomi- og Indenrigsministeriet, 2013), kan det tilsi at samfunnsutviklerollen rettet mot folkehelsearbeid og helsefremmende samfunn også kan bli svekket ved en reform. Å vektlegge virkemidler som styrker mobilisering og medvirkning, og som gir politikerne kunnskap om folkehelse og folkehelsearbeid, må Helsedirektoratet vurdere med tanke på støtterollen de har overfor kommunene.

Hvis kommunesammenslåing blir frivillig, kan det bli igjen en del små kommuner, og kanskje en del flere store (15 000 - 20 000), men altså færre av det som er dagens mellomstore. Det kan føre til at Helsedirektoratet i større grad må differensiere råd, veiledning og stimuleringsmidler avhengig av kommunestørrelse.

REFERANSER

- Aarseth, T., Bachmann, K., Gjerde, I. og Skrove, G.K. (2015). Mot Samhandlingskommunen? Stabilitet og endring i kommunenes møte med en nasjonal helsereform. *Nordiske Organisasjonsstudier*, 17(3):109-133.
- Allmendinger P. (2009). *Planning Theory*. Palgrave. London
- Almklov, P.G. & Antonsen, S. (2014). Making work invisible: New public management and operational work in critical infrastructure sectors. *Public Administration*. Volume 92, Issue2, 477-492.
- Amdam J. og Amdam R. (2000). *Kommunikativ planlegging*. Det norske samlaget. Oslo.
- Amdam J. og N. Veggeland (2011). *Teorier om samfunnsstyring og planlegging*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Amdam, J., Halvorsen, L.J. og Bakke, G. (2014). *Alternativer for regionalt folkevalgt nivå*. Rapport nr. 58, Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.
- Amdam R. (2005). *Planlegging som handling*. Universitetsforlaget. Oslo.
- Angell, E., Ringholm, T. og Bro, J. (2015). *Brikker som mangler. Kunnskap om næringsrettet samfunnsutvikling og kommunestørrelse*. Northern Research Institute, NORUT, Rapport 2015:4
- Bergem R., Ouff, S.M og Aarflot, U. (2008). *Frå sofaen til sykkelsetet. Evaluering av Tilskotsordninga til lavterskel fysisk aktivitet*. Arbeidsrapport 228, Høgskulen i Volda/Møreforskning Volda.
- Bergem, R, Ouff, S,M, Aarflot, U. og Hanche-Dalseth, M (2009). *Partnarskap for folkehelse og Helse i plan. Undervegsrapport*. Rapport nr 234, Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.
- Bjørnå, H. (2014). Omdømmebygging i kommunene. Hva gjør de og hva vil de? *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift* (4):256 - 276.
- Brandtzæg, B.A. (2009). *Frivillige kommunesammenslutninger 2005-2008. Erfaringer fra Bodø, Aure, Vindafjord og Kristiansund*. TF-rapport nr. 258.
- Christensen, T., og Lægreid, P. (2004). *The fragmented state – the challenges of combining efficiency, institutional norms and democracy*. Working paper 3-2004 nr. Bergen: Stein Rokkan centre for social studies.
- Christensen, T., Egeberg, M., Larsen, H.O., Lægreid, P. og P.G. Roness. (2002). *Forvaltning og politikk*: Universitetsforlaget.
- Christensen, T, og Lægreid, P. (2006). *The Whole-of-Government Approach - Regulation, Performance, and Public-Sector Reform*. Working Paper nr. Bergen: Stein Rokkan Centre for Social Studies.
- Colbjørnsen (2003). *Fleksibilitet og forutsigbarhet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Folkehelseloven. *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Lov 24.juni 2011 nr 29. Hentet 10.10.15 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Grefsrud, R. og Hagen S.E. (2003). *Kriterier for kommuneinndeling*. ØF-rapport nr.21/2003.
- Hagen, S., Helgesen, M., Torp, S. & Fosse, E. (2015). Health in All Policies: A cross-sectional study of the public health coordinators' role in Norwegian municipalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1-9.
- Hanssen, G. og Helgesen, M.K. (2012). *Hvordan påvirker statlige juridiske og pedagogiske*

- styringsvirkemidler prioriteringene i den kommunale omsorgssektoren?* NIBR-rapport 2012:26.
- Healey P. (2006). *Collaborative planning*. Palgrave. London.
- Heggem, G.F. (2014). *Folkehelse. Kartlegging av nå-situasjon*. Studio Apertura, NTNU Samfunnsforskning AS, Trondheim.
- Helgesen, M.K. (2012). Styring av folkehelsepolitikk i relasjonen mellom stat, fylkeskommuner og kommuner, i Hanssen, G.S., Klausen J.E. og Langeland, O. (red) *Det regionale Norge 1950-2050*, Oslo: Abstrakt Forlag.
- Helgesen, M. og Hofstad, H. (2012). Regionalt og lokalt folkehelsearbeid: Ressurser, organisering og koordinering – En baselineundersøkelse. NIBR-rapport 2012:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Helgesen, M.K., Hofstad, H., Risan, L.C., Stang, I., Rønningen, G.E., Lorentzen, C. og Goth, U.S. (2014). *Folkehelse og forebygging. Målgrupper og strategier i kommuner og fylkeskommuner*. NIBR-rapport 2014:3.
- Helsedepartementet (2003). St.meld.nr 16 (2002-2003) - *Resept for et sunnere Norge*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011); Prop, 90L (2010-2011). *Proposisjon til Stortinget (forslag til lovvedtak). Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Oslo.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015a). Meld. St.19 (2014-2015) – *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2015b). Meld. St. 26 (2014-2015) (2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet*.
- Helsedirektoratet (2011). *Samhandlingsreformen og ny folkehelselov: Behov for "samfunnskompetanse" i kurs- og utdanningstilbud*. Rapport nr. IS-1931.
- Helsedirektoratet (2014). *Samfunnsutvikling for god folkehelse*. Rapport om status og råd for videreutvikling av folkehelsearbeidet i Norge. 06/2014.
- Helsetilsynet (2015). *Med blick for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpende oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2015.
- Hofstad, H. Lise, S., Schou, A. og Vedeld, T. (2015). *Lokal oversikt over folkehelse – muligheter og utfordringer*. NIBR-rapport 2015:13.
- Hofstad, H. og Hanssen, G.S. (2015). *Samfunnsutviklerrollen på regionalt folkevalgt nivå. Videreutvikling av rollen gjennom partnerskapsbasert regional utvikling og planlegging*. NIBR-rapport 2015:17.
- Kaurstad, G., Bachmann, K., Bremnes, H. & Groven, G. (2015). KS FoU-prosjekt nr. 134033. *Trygg oppvekst – helhetlig organisering av tjenester for barn og unge*. Rapport 1502, Møreforskning Molde AS, 2015.
- Kobro, L. U., Vareide, K. og Hatling, M. (2012). *Suksessrike distriktskommuner. En studie av kjennetegn ved 15 norske distriktskommuner*. TF-rapport nr. 303. Bø i Telemark: Telemarksforskning.
- Kommunal- og arbeidsdepartementet (1988). NOU 1988:38: *Nye mål og retningslinjer for lokalforvaltningen*.
- Kommunaldepartementet (1992). NOU 1992:15: *Kommune og fylkesinndelingen i et Norge i forandring*.

- Kommunal- og regionaldepartementet (2000). NOU 2000:22: *Om oppgavefordelingen mellom stat, region og kommune.*
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2014 a). *Kriterier for god kommunestruktur, Delrapport fra ekspertutvalget.*
- Kommunal og moderniseringsdepartementet (2014 b). *Kriterier for god kommunestruktur, Sluttrapport fra ekspertutvalget.*
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015). Meld. St. 14 (2014-2015) – *Kommunereformen. Nye oppgaver til større kommuner.*
- Kommuneloven (1992). *Lov om kommune og fylkeskommuner (kommuneloven).* LOV-1992-09-25-107. Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet 1.10.2015 fra : <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-09-25-107>
- Lynne, A. (2015). *Kommunenes erfaringer og praksiser knyttet til utøvelse av folkehelsearbeid. Folkehelsearbeid – dypdykk i tilfeldig utvalgte kommuner.* Moods Qualitative Research, på oppdrag for Helsedirektoratet.
- Nilsen J. og Langset M. (2013). *Fylkeskommunen som regional utviklingsaktør.* NIVI-rapport 2013:5 Oslo.
- Ouff, S.M, Bergem, R., Hanche-Dalseth, M., Vestby, G.M., Hofstad, H. og Helgesen, M.K (2010). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Sluttrapport.* Rapport nr 7, Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda og NIBR.
- Plan- og bygningsloven (2008). *Lov 27. juni 2008 nr. 71 om planlegging og byggesaksbehandling (plan- og bygningsloven).* Kommunal- og moderniseringsdepartementet. Hentet 29.9.2015 fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71?q=Plan+og+byggningsloven>
- Riksrevisjonen (2015). *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid.* Dokument 3:11 (2014-2015).
- Ringholm, T., N. Aarsæther, V. Nygaard og P. Selle (2009). *Kommunen som samfunnsutvikler – En undersøkelse av norske kommuners arbeid med lokal samfunnsutvikling.* Rapport 8/2009, Tromsø: Norut Tromsø.
- Schou, A., Helgesen, M.K. og Hofstad, H. (2014). *Samhandlingsreformens effekt på kommunene som helsefremmende og sykdomsforebyggende aktør. En nasjonal oversikt over status i kommuner to år etter reformoppstart med et spesielt blikk på innvandrerrike kommuner.* NIBR-rapport 2014:21.
- Selstad T. (2004). *Sterke regioner: Forslag til ny regioninndeling av Norge.* Kommuneforlaget. Oslo.
- Selstad T., Dølvik T., Hompland A., Lesjø J. H., Ringholm T. (2012). *Scenarier for kommunesektoren, 3012-2037.* ØF-rapport 01/2012. Lillehammer.
- Skrove, G.K., Groven, G. og Bachmann, K. (2015). *Sammen om rehabilitering i nærmiljøet. Sluttevaluering av Livsnær livshjelp" – et samhandlingsprosjekt om rehabiliteringsbrukere i Aure.* Rapport 1506, Møreforskning Molde AS, 2015.
- Strand, A. og Moen, B. (2005). *Kommunestrukturen i Rogaland – i går, i dag, i morgen? Vurdering av alternative fremtidsbilder for kommunene i Rogaland.* NIBR-notat 2005:112.
- Sør-Trøndelag fylkeskommune (2015). *Oppfølging av overordnede folkehelsemål i kommunal økonomi- og virksomhetsplaner. Erfaringsfylkeprosjektet.* Sør-Trøndelag fylkeskommune, Regional utvikling – administrasjon, august 2015.

- Tilset, H.D. og Gjørund, G. (2015). *Folkehelse - fra plan til praksis. En prosjekt- og erfaringsoppsummering*. Rapport, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Tilset, H.D., Gjørund, G. og Heggem, G.F. (2015). *Folkehelse - fra plan til praksis. En kunnskapsoppsummering knyttet til operasjonalisering av vedtatte folkehelseplaner*. Rapport, Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Tilset, H. D., og Olsen, M.S. (2013). *Folkehelsearbeid og kompetanseheving. Om regional organisering av forebyggende aktivitet og kompetanseheving i tilknytning til diabetes. Et prosjekt i samarbeid med Fosen Helse IKS*. Rapport nr. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning AS.
- Torsteinsen, H. (2006). *Resultatenhetsmodellen i kommunal tjenesteproduksjon. Instrument, symbol eller maktmiddel?* Doktoravhandling i statsvitenskap. Tromsø: Universitetet i Tromsø.
- Vareide, K. og H. N. Storm (2011). *Næringsutvikling, innovasjon og attraktivitet i Nordland*. TF-notat nr 29/2011.
- Vestfold fylkeskommune. 2015. *Vestfold som erfaringsfylke innen oversiktsarbeid. Sluttrapport*. Tønsberg: Vestfold fylkeskommune.
- Vinsand, G., Schanche, P. og Dølvik, T. (2006). *Re-effekter. Etterundersøkelse av sammenslutningen mellom Ramnes og Våle*. Agenda Utredning og Utvikling AS. Rapport nr.: R55171. 5.
- Yttredal, E. R., Bakke, G.K. Ouff, S.M. og Bergem, R. (2014). *Eit spørsmål om verdier, tillit og fleksibilitet. Samordning av bustadsosiale tenester for menneske med samtidig rusliding og psykisk lidning*. Rapport nr. 55/14 nr. Volda: Møreforskning.
- Yttredal, E.R., Ouff, S.M. og Hanche-Olsen, M.S. (2013). *Om å ha to fugler i hånden samtidig. Evaluering av boligsosialt utviklingsprogram. Sluttrapport*. . Rapport nr. 35 nr. Møreforskning Volda.
- Økonomi- og Indenrigsministeriet (2013). *Evaluering av kommunalreformen. Afrapportering fra udvalget om evaluering av kommunalreformen*. Hentet 10.10.15 fra: http://sim.dk/media/406652/evaluering_af_kommunalreformen_web_4._marts.pdf



MØREFORSKING

MØREFORSKING AS
Postboks 5075
NO-6021 Ålesund
TEL +47 70 11 16 00
epost@mfaa.no
www.moreforsk.no
NO 991 436 502



Høgskolen i Molde
Vilenskapeleg høgskole i logistikk



HØGSKULEN I VOLDA



HØGSKOLEN
I ÅLESUND
