

RAPPORT NR. 73/2016 | Lars Julius Halvorsen, Asbjørn Kårstein og Randi Bergem

FYLKESKOMMUNENS ANSVAR OG OPPGAVER I REGIONALT FOLKEHELSEARBEID

TITTEL	Fylkeskommunens ansvar og oppgaver i regionalt folkehelsearbeid
FORFATTARAR	Lars Julius Halvorsen, Asbjørn Kårstein og Randi Bergem
PROSJEKTLEIAR	Lars Julius Halvorsen
RAPPORT NR.	73/2016
SIDER	37
PROSJEKTNUMMER	17206
PROSJEKTTITTEL	Fylkeskommunens ansvar og oppgaver i regionalt folkehelsearbeid
OPPDRAGSGIVAR	Hesledirektoratet
ANSVARLEG UTGIVAR	Møreforskning Volda AS
ISBN	978-82-7692-350-6.
DISTRIBUSJON	Åpen
NØKKEWORD	Folkehelse, lokalt folkehelsearbeid, fylkeskommunens roller, planlegging og samfunnsutvikling, folkehelseloven, plan og bygningsloven.

© 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 som ønsker å bruke rapporten inn mot fylkesmennene og fylkeskommunene. Planleggere og folkehelserådgivere er viktige målgrupper. Rapporten gir en oversikt over fylkeskommunens ansvar og oppgaver i regionalt folkehelsearbeid og hvordan fylkeskommunen arbeider med å fremme folkehelse og redusere sosial ulikhet i helse. Hovedfokuser er folkehelsearbeid gjennom fylkeskommunens rolle som planlegger og samfunnsutvikler, men rapporten viser også hvordan fylkeskommunen kan fremme folkehelse gjennom rollen som tjenesteprodusent. Analysen er basert på en gjennomgang av lovverk, plandokumenter og forskningslitteratur om folkehelse og folkehelsearbeid, og om arbeid med planlegging og samfunnsutvikling.

Rapporten er skrevet av Lars Julius Halvorsen, Asbjørn Kårstein og Randi Bergem. Heidi Fadum har vært vår kontaktperson i Helsedirektoratet. Vi takker Helsedirektoratet for et interessant oppdrag og et godt samarbeid!

Volda 4.mars 2016.
Lars Julius Halvorsen
Prosjektleder

INNHALD

Sammendrag	8
1. Innledning.....	12
Datagrunnlaget	13
2. Fylkeskommunens roller i folkehelsearbeidet	14
Folkehelseloven og plan- og bygningsloven	14
Fylkeskommunens ansvar i folkehelsearbeidet.....	15
Fylkeskommunens samfunnsutviklerrolle og folkehelseansvar	15
3. Det regionale og kommunale plansystemet	17
Det regionale plansystemet.....	17
Fylkeskommunens rolle i kommunal planlegging	18
4. Fylkeskommunens samarbeidspartnere i det regionale folkehelsearbeidet.....	19
5. Hvordan behandles folkehelse i Regionale Planer?	21
Regional planstrategi - sammensetning av regionale planer	21
Sammenligning av territoriell regional plan og regional folkehelseplan.....	21
Folkehelse i opplæringsplaner	22
Folkehelse i regionale planer for kultur, idrett og friluftsliv.....	23
Folkehelse i planer for transport og samferdsel.....	24
Gir regionale planer en helhetlig retning for det regionale folkehelsearbeidet?	24
6. Samordning av det regionale folkehelsearbeidet	26
Forankring av regionale planer for folkehelse.....	26
Virker regionale planer samordnende på folkehelsearbeidet?.....	26
7. Mobilisering ved hjelp av pedagogiske og økonomiske virkemidler	29
Samordning av folkehelsearbeidet i fylkeskommune og kommuner.....	29
Folkehelsearbeid gjennom mobilisering og partnerskapsarbeid	30
8. Veien videre	32
Litteratur	33

SAMMENDRAG

Utgangspunktet for denne rapporten er et behov for mer kunnskap om hvordan fylkeskommunen bidrar og kan bidra til å fremme folkehelse og redusere sosial ulikhet i helse. Utredningen tar utgangspunkt i en forståelse for at folkehelseutfordringer er såkalte gjenstridige problemer, kjennetegnet av uklare og ukjente årsaker og som vanskelig lar seg løse uten å koordinere innsatsen på flere sektorområder. Å løse denne typen problemer fordrer en helhetlig tilnærming som involverer flere sektorer. Innenfor folkehelsearbeid er denne forståelse nedfelt i prinsippet om 'helse i alt vi gjør', noe som knytter fylkeskommunens folkehelsearbeid tett opp mot rollen som regional planmyndighet og samfunnsutvikler.

Fylkeskommunen er tildelt fire roller: demokratisk arena, myndighetsutøver, tjenesteprodusent og regional samfunnsutvikler. Fylkeskommunens direkte innflytelse på folkehelsen er særlig knyttet til rollen som tjenesteprodusent på områder som videregående opplæring, tannhelse, samferdsel og transport og kultur, idrett og friluftsliv.

Fylkeskommunens samfunnsutviklerrolle handler om å samle alle gode krefter på tvers av sektorer og nivå i en felles innsats for å skape en bedre utvikling i regionen. Hofstad (2015) deler denne rollen i tre dimensjoner. Den første dimensjonen, **å gi strategisk retning til samfunnsutviklingen**, handler om å skape en felles forståelse av regionens utfordringer og etablere felles mål for den regionale samfunnsutviklingen. Den andre dimensjonen er, **å samordne og koordinere offentlig innsats og virkemiddelbruk**. Den tredje dimensjonen er **å mobilisere privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn** i arbeidet med å utvikle et bedre samfunn.

Samfunnsutvikling skjer gjennom samarbeid med andre ressurskontrollerende aktører i regionen. Kommunen er pålagt et stort ansvar i folkehelsearbeidet og er fylkeskommunens klart viktigste samarbeidspartner i det regionale folkehelsearbeidet. Kommunen er også den vanligste samarbeidspartneren i planlagte folkehelse tiltak, enten direkte eller gjennom regionale folkehelsenettverk og folkehelsepartnerskap. Frivillige lag og organisasjoner er også viktige samarbeidspartnere. Disse deltar som oftest gjennom regionale folkehelsepartnerskap. Blant de statlige regionale organene er fylkesmannen fylkeskommunens viktigste samarbeidspartner i folkehelsearbeidet. Fylkesmannen har som oppgave å samordne statlig virksomhet i fylket. Fylkeskommunen og fylkesmannen har også overlappende ansvar i folkehelsearbeidet, blant annet ved at fylkesmannen etter folkehelseoven skal være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid (§ 23), mens fylkeskommunen har ansvaret for å gi en oversikt over helsetilstanden i fylket (§ 21). Samtidig har begge etatene ansvar for å drive rådgivning overfor kommunene (§20 og 24).

Fylkesmannens har myndighetsutøvelse som sin viktigste rolle og er derfor lite involvert i selve gjennomføringen av konkrete folkehelse tiltak. Til tross for pålegg om det motsatte er mange av de andre regionale statsetatene lite aktive i det regionale folkehelsearbeidet.

Fylkeskommunen har flere virkemidler som kan fremme en helhetlig samfunnsutvikling på folkehelseområdet. Rapporten tar for seg tre typer: Juridiske, pedagogiske og økonomiske virkemidler.

Juridiske virkemidler, særlig knyttet til Plan og bygningsloven av 2008 (heretter omtalt som PBL), er de klart viktigste. PBL har blant annet som formål å fremme regionenes utvikling gjennom å stimulere den fysiske, miljømessige, helsemessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i en region. Fylkeskommunen er utpekt som regional planmyndighet. De viktigste juridiske virkemidlene i PBL er **regional planstrategi** og **regional plan**. Regional planstrategi skal redegjøre for viktige regionale utviklingstrekk og utfordringer og inneholde en begrunnet liste over hvilke planer som skal utarbeides i fireårsperioden. Regional plan med tilhørende **handlingsprogram** legges til grunn for fylkeskommunens virksomhet og skal være retningsgivende for kommunal planlegging og statlig virksomhet. Regional plan finnes i to hovedtyper. **Territoriell regional plan** er en helhetlig og tverrsektoriell plan for utviklingen innenfor et geografisk område. **Sektoriell regional plan** benyttes dersom utfordringene er tematisk definert. PBL gir også fylkeskommunen anledning til å vedta en **regional planbestemmelse** knyttet til arealbruk for å ivareta nasjonale eller regionale hensyn i et område for en periode på inntil 10 år.

Juridiske virkemidler er sentrale for å kunne gi en strategisk retning på folkehelsearbeidet. En gjennomgang av fylkeskommunal planlegging viser at

- Folkehelse omhandles i samtlige regionale planstrategier og forholdsvis grundig i 2/3 av dem. Samtlige regionale planstrategier gir uttrykk for at en sektorovergripende tilnærming til folkehelse er nødvendig.
- Regional planlegging har dreid i favør av sektorielle regionale planer. Flertallet av planstrategiene har bare sektorielle regionale planer.
- De aller fleste fylkeskommunene har regional folkehelseplan. En sammenligning av hvordan folkehelse behandles i en territoriell regional plan og en regional folkehelseplan viser at begge plantypene kan gi en strategisk retning i folkehelsearbeidet, at folkehelseplaner gir noe bedre mulighet for regionale prioriteringer og for koordinering av de ulike folkehelse tiltakene, mens regionale territoriale planer gir bedre muligheter for en bred og omfattende folkehelse tilnærming i regionen.
- Målet om 'helse i alt vi gjør' ligger til grunn for regionale sektorielle planer innenfor kultur, idrett og friluftsliv. Dette er også den gruppen planer som i størst grad omfatter samarbeid med frivillig sektor.
- Folkehelse er et sentralt tema i regionale planer for samferdselsområdet, særlig i fylker med større grad av urbanisering.
- Planer for videregående opplæring er kunnskapsbasert og har et sterkt fokus på utfordringer som påvirker helse og fordeling av helse. De er også sektor- og nivåoverskridende mot arbeidsliv, NAV og kommunene. Opplæringsplaner er således gode virkemidler i det regionale folkehelsearbeidet, selv om planene er i hovedsak refererer til opplæringsloven og i mindre grad til folkehelseloven.

Forankring av planer hos relevante aktører er en viktig forutsetning for både sektorsamordning og for å gi en strategisk retning på folkehelsearbeidet. Flere studier viser at regionale statlige etater ofte involveres for sent og i for liten grad i regionale planprosesser. Dette skyldes både at statlige etater mangler ressurser til å delta og at de regionale statlige aktørenes ikke oppfatter at de er forpliktet til å delta. Helhetlig innsats på folkehelseområdet hemmes også av uklarhet om innholdet i samfunnsutviklerrollen og de nasjonale målsetningene med folkehelsearbeidet.

Problemet forsterkes av mekanismer i fylkestinget. Fylkespolitikerne viser ofte manglende vilje til tenke helhetlig når de står ovenfor upopulære valg som lokalisering, prioritering og spissing av virkemiddelbruken. Dette gjelder særlig overfor kommunene. Fylkespolitikerne lykkes heller ikke alltid å se fylkeskommunens egne ansvarsområder i sammenheng.

I arbeidet med territoriell samordning har fylkeskommunen flere **pedagogiske virkemidler** overfor kommunene. Pedagogiske virkemidler er en betegnelse for virkemidler som anvendes om veiledning i forståelse av blant annet regelverk, organisering og økonomi. De har karakter av en hierarkisk relasjon, men bærer samtidig preg av frivillighet. I Folkehelseloven (2011) er fylkeskommunen tildelt en understøtterrolle overfor kommunene. Til understøtterrollen ligger det et ansvar for å videreutvikle arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstanden i fylket og peke på positive og negative faktorer som kan ha innvirkning på folkehelsen. Fylkeskommunen har også pedagogiske virkemidler inn mot folkehelseområdet gjennom sitt ansvar for å drive planveiledning etter plan- og bygningsloven, for å følge opp kommuner og friluftsråd når det gjelder statlig sikrede friluftslivsområder og ansvar for å veilede kommunene, publikum og andre aktuelle parter om spørsmål knyttet til friluftsliv.

Flere spørreundersøkelser viser at kommunene oppfatter fylkeskommunens veilederrolle som viktig og nyttig. Nest etter nabokommunen, blir fylkeskommunen vurdert som den viktigste samarbeidsparten i kommunalt planarbeid. Siden slike pedagogiske virkemidler ikke gir mulighet til å styre kommunenes atferd, virker de likevel best når relasjonen mellom partene er god og rolleforståelsene er samstemt. I plansaker der folkehelsemål kolliderer med lokale behov og prioriteringer, er det en klar tendens til at lokale prioriteringer får forkjørsrett. Hvis kommunal plan i for stor grad går på tvers av fylkesplan og regional planstrategi, kunne fylkeskommunen kombinert veilederrollen med hardere virkemidler slik som innsigelser og regional planbestemmelse, men ingen av disse virkemidlene benyttes i særlig grad.

Privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn har alle viktige kunnskaper, kompetanse og ressurser med relevans for folkehelsearbeidet. En sentral fylkeskommunal oppgave i henhold til folkehelseloven er å mobilisere slike lokale og regionale aktører som kan spille en rolle i folkehelsearbeidet.

De kan også legge til rette for lokale og regionale folkehelsesamarbeid og fagnettverk ved å etablere møteplasser og arenaer for aktuelle folkehelseaktører. Gjennom årene har fylkeskommunen utviklet en rekke slike arenaer og kanskje for mange. De samme regionale statlige myndighetene har blitt gjengangere på slike arenaer, noe som har resultert i at flere har valgt å trekke seg ut. Her anbefales det at fylkeskommunen gjør en ryddejobb.

En beslektet tilnærming til rollen som nettverksnode er å selv etablere og delta i folkehelsepartnerskap. Gjennomgangen av regionale folkehelseplaner og regionale planer for

kultur, idrett og friluftsliv viser at slike partnerskap og nettverk ofte har en sentral rolle i fylkeskommunenes tilnærming til folkehelse. Flere studier tyder på at fylkeskommunen bare delvis har lyktes med denne strategien. En viktig årsak er at arbeidsformen er tid og ressurskrevende.

Fylkeskommunen besitter enkelte **økonomiske virkemidler** i form av støtteordninger og tilskudd som kan støtte opp under slike aktiviteter. Selv om virkemidlene i kroner og øre er forholdsvis beskjedene, har slike økonomiske støtteordninger en viktig rolle som stimulerings- og smøremiddel for slike partnerskap.

1. INNLEDNING

Utgangspunktet for denne rapporten er et behov for mer kunnskap om hvordan fylkeskommunen bidrar og kan bidra til å fremme folkehelse og redusere sosial ulikhet i helse. Utredningen tar utgangspunkt i en forståelse for folkehelse som en såkalt gjenstridig utfordring eller problem, med uklare og ukjente årsakssammenhenger og som vanskelig lar seg løse uten å koordinere innsatsen på flere sektorområder (Difl 2014:7, s. 4). Innenfor folkehelsearbeid er denne forståelse nedfelt i prinsippet om 'helse i alt vi gjør'.

Hovedfokuset for rapporten er på fylkeskommunens samfunnsutviklerrolle. Det særskilte ved rollen som samfunnsutvikler er, at den i større grad enn ved innsats innenfor tjenesteproduksjon, rettes mot hvordan samfunnet fungerer, på tvers av sektorer og forvaltningsnivå (Ringholm m.fl., 2009). Et sentralt virkemiddel for regional samfunnsutvikling er planlegging etter Plan og bygningsloven (2008).

Hovedfokus i analysen er hvordan fylkeskommunen som regional planmyndighet og samfunnsutvikler, kan bruke plan - og bygningsloven og andre virkemidler, i sammenheng med kravene i folkehelseloven, til å bidra til en helsefremmende samfunnsutvikling og utjevning av sosiale helseforskjeller. I denne sammenhengen vil vi ta for oss tre grupper virkemidler:

- Juridiske virkemidler, f.eks. regler eller føringer for hvordan bestemte aktører skal opptre, -
- Pedagogiske virkemidler i form av informasjon og veiledning om hvordan de andre virkemidlene bør anvendes.
- Økonomiske, f.eks. øremerking av midler til samordningsformål

Av disse virkemidlene er de juridiske i form av Plan og bygningsloven (2008) og Folkehelseloven (2011) klart viktigst. Fylkeskommunens viktigste pedagogiske virkemidler, rollen som planveileder overfor kommunene og understøtterrollen i folkehelsearbeidet, er også tett koblet til de juridiske virkemidlene. De økonomiske virkemidlene med relevans for folkehelsearbeid består i stor grad av støtteordninger og forvaltning av tilskudd inn mot områdene kultur, idrett og friluftsliv.

Rapporten er organisert i åtte kapitler. I kapittel 2 gjøres det rede for fylkeskommunens rolle i folkehelsearbeidet. Kapittel 3 beskriver det regionale og kommunale plansystemet samt de viktigste virkemidlene i Plan og bygningsloven (2008). Kapittel 4 gjør rede for fylkeskommunens viktigste samarbeidspartnere i folkehelsearbeidet. Kapittel 5 diskuterer hvordan folkehelse tilnærmes i regional planstrategi, regionale planer og handlingsprogrammer og i hvilken grad regional planlegging gir en helhetlig retning på folkehelsearbeidet. Fokuset for kapittel 6 er om fylkeskommunene lykkes med å forankre planene hos samarbeidspartnerne og i hvilken grad planene bidrar til å samordne innsatsen i det regionale folkehelseområdet. I kapittel syv gjøres det rede for erfaringer med fylkeskommunens pedagogiske og økonomiske virkemidler i folkehelsearbeidet, med særlig fokus på mobilisering av kommunene og privat og frivillig sektor i folkehelsearbeidet. I kapittel åtte pekes det på noen aktuelle grep som kan bidra til å styrke det regionale folkehelsearbeidet.

DATAGRUNNLAGET

Datagrunnlaget for utredningen er ulike dokumenter, som er valgt i samråd med Helsedirektoratet, som oppdragsgiver. Følgende kilder har vært sentrale i analysen:

- Folkehelseloven. *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. Lov 24.juni 2011 nr 29. Helse- og omsorgsdepartementet (2015).
- *Plan- og bygningsloven med kommentarer*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- 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.
- *Samfunnsutviklerrollen til regionalt folkevalgt nivå: Videreutvikling av rollen gjennom partnerskapsbasert regional utvikling og planlegging*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Hofstad, H. og Hanssen, G.S., 2015, (NIBR-rapport 2015:17).
- *The ambition of health in all policies in Norway: Status, challenges and future development*. Oslo: Norwegian Institute for Urban and Regional Research. Hofstad, H., 2015 (under publisering)
- *Fylkeskommunen som regional utviklingsaktør. Kommunenes og statens vurderinger*. Oslo: NIVI Analyse a/s. Nilsen, J. K. og Langset, M., 2013, NIVI-rapport 2013:5.
- *En vurdering av fylkeskommunenes rolle som regional utviklingsaktør og partnerskapenes funksjon i den sammenheng*. Stockholm: Nordregio, 2015 (Nordregio Working Paper 2005:1)

I tillegg er samtlige fylkeskommuners regionale planstrategier, regionale planer, folkehelseplaner og fylkesplaner relatert til sektorene samferdsel, utdanning og friluftsliv/kultur/idrett gjennomgått. Det er gjort for å undersøke i hvilken grad planene gir uttrykk for et tverrsektorielt perspektiv på folkehelse. Samtlige gjennomgåtte planer er tilgjengelige på fylkeskommunenes nettsider.

Vi har også brukt andre dokumenter og forskningsarbeider, men disse er ikke omtalt som hovedkilder i analysen, men blir brukt 'på vanlig måte' som referanser og litteraturtilvisninger i rapporten.

2. FYLKESKOMMUNENS ROLLER I FOLKEHELSEARBEIDET

I dette kapittelet skal vi

- Gjøre kort rede for formålet med folkehelseloven og koblingen til Plan og bygningsloven
- Gjøre rede for fylkeskommunens ansvar i folkehelsearbeidet
- Gjøre rede for fylkeskommunens samfunnsutviklerrolle

FOLKEHELSELOVEN OG PLAN- OG BYGNINGSLOVEN

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). På folkehelseområdet er særlig fem prinsipper av betydning. Det er prinsippene om utjevning, 'helse i alt vi gjør', føre-var, bærekraftig utvikling og medvirkning (Prop. 90 L. 2010-2011, kap. 7). I og med at helseproblemer og ulikhet i helse i størst grad skapes utenfor helsesektoren, har prinsippet om 'helse i alt vi gjør' blitt kjernen i dagens tilnærming til folkehelse (WHO, 2013), og tilnærmingen står relativt sterkt i Norge (Howard & Gunter 2012).

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

- 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.

Formålet med folkehelseloven 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). Den tilnærmingen til helse og folkehelse som disse målene legger til grunn, innebærer at alle samfunnssektorer og forvaltningsnivå har ansvar for å fremme folkehelsen.

Folkehelse er også et sentralt mål i plan og bygningsloven av 2008. Her defineres folkehelse som en del av bærekraftbegrepet og inngår derfor i planlovens formålsparagraf hvor det heter at: "Loven skal fremme bærekraftig utvikling til beste for den enkelte, samfunnet og framtidige generasjoner" (PBL 2008 § 1-1). Folkehelse omtales også i lovens paragraf 3 hvor oppgaver og hensyn i planleggingen presiseres. Her fremheves det at planlegging etter plan- og bygningsloven skal "fremme befolkningens helse og motvirke sosiale helseforskjeller.

FYLKESKOMMUNENS ANSVAR I FOLKEHELSEARBEIDET

Ifølge folkehelseloven §20 skal fylkeskommunen fremme folkehelse innen de oppgaver og med de virkemidler som fylkeskommunen er tillagt. Fylkeskommunen er tildelt fire roller: demokratisk arena, myndighetsutøver, tjenesteprodusent og regional samfunnsutvikler (Amdam m.fl. 2014). Fylkeskommunens direkte innflytelse på folkehelsen er særlig knyttet til rollen som tjenesteprodusent på områder som videregående opplæring, tannhelse, samferdsel og transport og kultur, idrett og friluftsliv. Størstedelen av fylkeskommunens budsjett er knyttet til fylkeskommunens oppgaver som tjenesteprodusent innenfor områdene videregående opplæring, og samferdsel (Amdam m.fl. 2014; KS 2014; Nielsen og Langslet 2013). Fylkeskommunens forvaltning av disse oppgavene henger nært sammen med helse og fordeling av helse.

Fylkeskommunenes ansvar innenfor videregående opplæring omfatter bl.a. forvaltning av ungdommers og voksnes rett til videregående opplæring. Fylkeskommunene har også plikt til å sørge for grunnskoleopplæring, spesialpedagogisk hjelp og videregående opplæring i barnevernsinstitusjoner og helseinstitusjoner. Siden frafall fra videregående opplæring har stor betydning for den enkeltes helseutvikling, har måten fylkeskommunen skjøtter opplæringsoppgavene på stor betydning for folkehelsen, ikke minst omfanget av helseforskjellene i befolkningen.

På samferdselsområdet har fylkeskommunens ansvar regionalt kollektivtilbud og for fylkesvegnettet. Ved å stille miljøkrav til leverandører av transporttjenester og ved å tilrettelegge for kollektiv ferdsel, kan fylkeskommunen redusere helseskadelig miljøforurensning. Fylkeskommunen kan også påvirke folkehelsen ved å legge til rette for ikke-motorisert ferdsel gjennom sikring av farlige kryss og utbygging av gang- og sykkelveier.

Fylkeskommunen har også ansvar for fylkestannhelsetjenesten, som både består av tannbehandling og forebyggende tannhelsearbeid.

FYLKESKOMMUNENS SAMFUNNSUTVIKLERROLLE OG FOLKEHELSEANSVAR

Samfunnsutviklerrollen er fylkeskommunens nyeste rolle. Selv om den allerede ble diskutert inngående i Christiansen-utvalget (NOU 1992:15), fikk den først et konkret innhold i 2002 og da som en "erstatning" for tap av oppgaver i forbindelse med overføringen av spesialisthelsetjenesten til staten (Amdam m.fl. 2014). Disse omstendighetene, samt at den kommende regionreformen lot vente på seg, førte til at det konkrete innholdet i samfunnsutviklerrollen lenge var forholdsvis upresist, samtidig som fylkeskommunens virkemidler til å utøve rollen var svake. Dette har resultert i at fylkeskommunen har etablert en kommunikativ tilnærming til samfunnsutviklerrollen, der mobilisering av og samarbeid med aktører fylkeskommunen ikke har styringsrett over står sentralt (Amdam m.fl. 2014). Med forvaltningsreformen i 2010 og den nye folkehelseloven av 2011 ble samfunnsutviklerrollen styrket og koblet tettere opp mot folkehelsearbeidet. Likevel er innholdet i samfunnsutviklerrollen fremdeles diffust og virkemidlene svakere mer enn i de tre andre rollene (Amdam m.fl.2014).

Basert på en litteraturgjennomgang har Hofstad og Hanssen (2015) oppsummert samfunnsutviklerrollen i tre hoveddimensjoner: å gi strategisk retning til samfunnsutviklingen, å samordne, koordinere offentlig innsats og virkemiddelbruk og å mobilisere private sektor, kulturliv og lokalsamfunn. Vi skal se nærmere på disse tre dimensjonene.

Gi strategisk retning til samfunnsutviklingen

Den første dimensjonen tar utgangspunkt i behovet for en felles forståelse av hvilke hovedutfordringer en region står overfor, samt etablering av mål for den regionale samfunnsutviklingen. Knyttet til folkehelsearbeidet dreier det seg om å skaffe oversikt over helsetilstanden i fylket og de faktorene som påvirker helse og fordeling av helse. På bakgrunn av dette skal fylkeskommunen bidra til å etablere felles målsetninger og tiltak for folkehelsearbeidet på tvers av sektorer og forvaltningsnivå.

Samordne og koordinere offentlig innsats og virkemiddelbruk

Offentlig organisering er kjennetegnet av det klassiske dilemmaet mellom territorium og funksjon som organisasjonsprinsipp (Friedmann og Weaver 1979). Organisering etter territorium innebærer en tverrsektoriell tilnærming til utfordringer og muligheter innenfor et geografisk område. Organisering etter funksjon innebærer en spesialisert tilnærming til utfordringer innenfor sektorer/fagfelt. En rekke offentlige utredninger peker på at et for sterkt fokus på funksjon som styringsprinsipp har ført til en segmentering av norsk offentlig sektor på bekostning av tverrsektoriell planlegging (Amdam m.fl. 2014). I følge Hofstad og Hanssen (2015) har dette skapt et stort behov for å samordne nasjonale sektormål og offentlige myndigheters virkemiddelbruk. I kraft av sin rolle som regional planmyndighet er fylkeskommunen tildelt et viktig ansvar for å samordne regional stat.

Mobilisere privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn

En tredje dimensjon knyttet til den regionale samfunnsutviklerrollen er å *mobilisere privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn*. Utgangspunktet her er at regional utvikling i ønsket retning forutsetter en mobilisering og koordinering av kunnskap, kompetanse og ressurser som finnes i privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn.

Det er betydelige ressurser innenfor kulturliv og frivillig sektor som kan mobiliseres i arbeid for bedre folkehelse. Samtidig er deltakelse i frivillig sektor en svært viktig del av mange nordmenns sosiale tilværelse. I følge Wollebæk og Seegård (2013) er lag og organisasjoner en spesielt viktig arena for sosial integrering og maktstyrking. Dette innebærer at folkehelse og fordeling av helse i stor grad også påvirkes av hva som skjer på disse arenaene.

De viktigste virkemidler på disse områdene er hjemlet i Plan- og bygningsloven (2008) og inngår i det regionale og kommunale plansystemet.

3. DET REGIONALE OG KOMMUNALE PLANSYSTEMET

DET REGIONALE PLANSYSTEMET

Den nye Plan- og bygningsloven (heretter omtalt som PBL) ble vedtatt i 2008 og trådte i kraft 1.juli 2009. PBL har blant annet som formål å fremme regionenes utvikling gjennom å stimulere den fysiske, miljømessige, helsemessige, økonomiske, sosiale og kulturelle utviklingen i en region (Higdem 2015). Fylkeskommunen er utpekt som regional planmyndighet. De sentrale delene av det regionale plansystemet er regional planstrategi, regional plan og tilhørende handlingsprogrammer, samt de to virkemidlene regional planbestemmelse og innsigelser. Nedenfor gjøres det rede for det regionale plansystemet og de sentrale virkemidlene.

Regional planstrategi

Med PBL ble det innført et nytt overordnet strategisk planvirkemiddel i form av **regional planstrategi**. Dette er det eneste dokumentet som fylkeskommunen er pålagt å utforme. I begynnelsen av hver valgperiode har fylkeskommunen ansvar for å utarbeide en regional planstrategi. Strategien skal utvikles i samarbeid med kommuner, statlige organer, organisasjoner og institusjoner som blir berørt av planarbeidet. Det gir mulighet til å se utfordringer i fylket på tvers av kommuner, forvaltningsnivåer og sektorer. Regional planstrategi skal redegjøre for viktige regionale utviklingstrekk og utfordringer, gi en vurdering av langsiktige utviklingsmuligheter og inneholde en begrunnet liste over hvilke planer som skal utarbeides i fireårsperioden.

Regionale planstrategier og regionale planer skal ligge til grunn for kommunal planlegging. For å styrke sammenhengen mellom regional og kommunal planlegging er kommunene pålagt å utarbeide sine kommunale planstrategier samtidig med utarbeidelsen av regional planstrategi (Aarsæther 2011). Regional planstrategi vedtas av fylkestinget og godkjennes gjennom kongelig resolusjon. Med den kongelige godkjenningen forpliktet de regionale statlige etatene til å forholde seg til planen.

Regional plan

Med PBL ble det tidligere regionale planverktøyene fylkesplan erstattet av **regional plan**. Regional plan har to former. **Territoriell regional plan** tilsvarer langt på vei de gamle fylkesplanene og er en helhetlig og tverrsektoriell plan for utviklingen innenfor et geografisk område. **Sektoriell regional plan** benyttes dersom utfordringene er tematisk definert (Higdem 2015). Med den nye PBL står regionene fritt til å velge hva slags regionale planer som skal utarbeides. Det er verdt å merke seg at mange fylkeskommuner fremdeles benytter begrepene fylkesplan og fylkesdelsplan om territoriale regionale planer og temaplaner om sektorielle regionale planer. I denne rapporten vil vi benytte betegnelsene territoriell regional plan og sektoriell regional plan, mens benevnelsen regional plan vil benyttes når vi omtaler begge plantypene samlet.

Før 2009 var fylkeskommunen pålagt å utforme fylkesplaner og fylkesdelsplaner med et tydelig territorielt preg. Med den nye PBL kan fylkeskommunene velge om man skal utarbeide en samlet territoriell fylkesplan eller om man skal prioritere sektorielle regionale planer.

For hver enkelt regional plan skal det utarbeides et planprogram. Planprogrammet er en plan for planleggingen og skal redegjøre for formålet med planarbeidet, planprosessen med frister og deltakere og opplegget for medvirkning (Higdem 2015). Alle offentlige regionale etater er forpliktet til å delta i planprosessen. Regional plan vedtas av fylkestinget og skal ligge til grunn for fylkeskommunal virksomhet. Den skal og være retningsgivende for kommunal virksomhet.

PBL gir fylkeskommunen anledning til å vedta en **regional planbestemmelse** knyttet til arealbruk for å ivareta nasjonale eller regionale hensyn i et område for en periode på inntil 10 år. Planbestemmelsen skal sikre at regional og kommunal plan er i overensstemmelse med hverandre. Regional planbestemmelse gir fylkeskommunen adgang til å hindre uønsket utbygging i viktige områder for avgrensede tidsperioder.

Handlingsprogram

En sentral del av arbeidet med alle regionale planer er å utarbeide et handlingsprogram. Handlingsprogrammene utgjør det taktiske nivået i regional planlegging. Her operasjonaliseres de strategiske målsetningene til handlingsmål og ansvarsområder og det utarbeides planer for gjennomføring av tiltak. Loven pålegger at handlingsprogrammet skal gjelde for fire år. Handlingsplanene rulleres årlig etter faktisk framdrift og i forbindelse med utformingen av årsbudsjettet.

FYLKESKOMMUNENS ROLLE I KOMMUNAL PLANLEGGING

Det regionale og kommunale plansystemet henger nært sammen. Samtidig med utarbeidelsen av regional planstrategi skal det utarbeides en kommunal planstrategi. På bakgrunn av denne skal det utarbeides en kommunal plan som består av to deler: en samfunnsdel og en arealdel. Fylkeskommunen er tildelt en understøtterrolle overfor kommunene i dette arbeidet. Til understøtterrollen ligger det tre oppgaver med stor relevans for folkehelse (folkehelseloven, 2011):

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

Det er altså en klar sammenheng mellom fylkeskommunens oppgaver, slik de går fram av folkehelseloven og plan- og bygningsloven, og den generelle samfunnsutviklerrollen fylkeskommunen har. Denne koblingen kommer også klart fram i målene for norsk folkehelsepolitikk, ikke minst i målet som sier at: det skal skapes et samfunn som fremmer helse i hele befolkningen (Helsedirektoratet, 2015).

4. FYLKESKOMMUNENS SAMARBEIDSPARTNERE I DET REGIONALE FOLKEHELSEARBEIDET

Plan- og bygningsloven slår fast at planlegging skal fremme helhet gjennom samordning og samarbeid om oppgaveløsning mellom private aktører, offentlige aktører og sivilsamfunnet. Både planstrategien og regionale planer skal derfor utvikles i samarbeid med kommuner, statlige organer, organisasjoner og institusjoner som blir berørt av planarbeidet. I tillegg skal private virksomheter og aktører i lokalsamfunn og frivillig og privat sektor involveres i regionalt planarbeid på områder som berører dem.

Dette innebærer at fylkeskommunene har svært mange potensielle samarbeidspartnere i folkehelsearbeidet. I følge NOU 2016:3 er det til sammen 38 statlige regionale etater og enheter. I tillegg kommer kommuner, interkommunale selskap, regionråd og andre partnerskap. Definisjonen på folkehelse innebærer at også sivil sektor, foretak, og interesseorganisasjoner spiller en viktig rolle i folkehelsearbeidet.

Noen aktører er likevel mer sentrale enn andre. En survey gjennomført av Hofstad m.fl. (2015) viser at kommunene er fylkeskommunens klart viktigste samarbeidspartner i folkehelsearbeidet. Folkehelseloven legger et stort ansvar på kommunene i folkehelsearbeidet. Det er også et omfattende plansamarbeid mellom de to folkevalgte nivåene. Kommunene er høringsinstans og skal legge regionale planer til grunn for sitt lokale planarbeid.

Fylkeskommunen har også en veileder- og understøtterrolle overfor kommunene i deres planarbeid. En gjennomgang av tiltakene i regionale handlingsprogrammer med relevans for folkehelse, viser at kommunene oppgis klart hyppigst som partner. Regionale folkehelseplaner viser at fylkeskommunene også forholder seg tett til regionale folkehelsenettverk og folkehelsepartnerskap i folkehelsearbeidet.

Blant de statlige regionale organene er fylkesmannen fylkeskommunens viktigste samarbeidspartner i folkehelsearbeidet. Fylkesmannen har som oppgave å samordne statlig virksomhet i fylket. Fylkeskommunen og fylkesmannen har også overlappende ansvar i folkehelsearbeidet, blant annet ved at fylkesmannen etter folkehelseloven skal være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid (§ 23), mens fylkeskommunen har ansvaret for å gi en oversikt over helsetilstanden i fylket (§ 21). Samtidig har begge etatene ansvar for å drive rådgivning overfor kommunene (§20 og 24). Fylkesmannens har myndighetsutøvelse som sin viktigste rolle og er derfor lite involvert i selve gjennomføringen av konkrete folkehelse tiltak. Fylkesmannen har også viktige pedagogiske virkemidler på området boligsosialt arbeid, som er svært relevant for folkehelse og ikke minst fordeling av helse.

Et forhold som gjør samarbeidet med andre regionale statsetater krevende, er at disse er svært ulikt organisert, både når det gjelder politisk styring og koordinering. I tillegg representerer de et lappeteppes av geografiske regionale inndelinger (Amdam m.fl., 2014; Hofstad, 2015, NOU: 2016:3). Regionale statsetater, slik som Statens vegvesen og NAV, samt helseforetak og regionale høyskoler, skal involveres i planarbeidet etter i hvilken grad deres interesser overlapper med den aktuelle planen. Gjennom statens godkjenning av regional planstrategi

forpliktes de regionale statsetater til å delta i planarbeidet. En gjennomgang av regionale planer og handlingsprogrammer med relevans for folkehelse, viser at en rekke statlige aktører nevnes som samarbeidspartnere inn mot folkehelse tiltak. Av disse nevnes fylkesmannen klart hyppigst, men sjeldnere enn frivillige lag og organisasjoner. At mange regionale statlige aktører i praksis spiller en mindre viktig rolle underbygges av en evaluering av de regionale partnerskapene for folkehelse (Bergem m.fl., 2009, Ouff m.fl., 2010), som viser at NAV, regionale helseforetak og høyskoler var noen av de aktørene det var vanskeligst å rekruttere inn i partnerskapene.

Den samme undersøkelsen viser at frivillige lag og organisasjoner viste langt større interesse for deltakelse i folkehelsepartnerskap. Denne tendensen finner vi også igjen i regionale planer og handlingsprogrammer. Aktører i frivillig sektor oppgis ofte som samarbeidspartnere i regionale handlingsprogrammer, og da særlig knyttet til sektorplaner for kultur, idrett og friluftsliv.

5. HVORDAN BEHANDLES FOLKEHELSE I REGIONALE PLANER?

Fylkeskommunens viktigste virkemidler for å gi strategisk retning på det regionale folkehelsearbeidet er regional planlegging. I dette kapitlet skal vi gjøre rede for hvordan folkehelse tilnærmes i regionale planstrategier, regionale planer, samt tilhørende handlingsprogram og gi en vurdering av i hvilken grad regionale planer gir en helhetlig retning på det regionale folkehelsearbeidet.

REGIONAL PLANSTRATEGI - SAMMENSETNING AV REGIONALE PLANER

En gjennomgang av fylkeskommunale planer viser at samtlige fylkeskommuner har fulgt pålegget om å utarbeide regional planstrategi. Folkehelse omhandles i samtlige av disse og forholdsvis grundig i 2/3 av dem. Samtlige planstrategier gir uttrykk for at en sektorovergripende tilnærming til folkehelse er nødvendig. Det legges også vekt på at folkehelsearbeidet må integreres i hele den fylkeskommunale virksomheten, ofte med henvisning til folkehelselovens § 20 og 21.

Som vi har vært vist ovenfor, gir PBL fylkeskommunen muligheter til å selv velge type og sammensetning av regionale planer. Hensikten er at man ikke lenger skal lage planer for planenes egen skyld, og at man skal kunne utforme regionale planer i tråd med regionale behov og prioriteringer (Higdem 2015). En gjennomgang av de regionale planstrategiene viser at den økte fleksibiliteten i valg og sammensetning av regionale planer har resultert i store forskjeller mellom fylkeskommunene, både når det gjelder antall og sammensetning av regionale planer.

Den viktigste forskjellen fra tidligere er at man ikke lenger er pålagt å lage territoriell regional plan, altså det som svarer til den sektorovergripende fylkesplanen. En gjennomgang av fylkenes regionale planer viser at flesteparten av fylkene har benyttet denne valgfriheten til å velge vekk territoriell regional plan. At de fleste fylkeskommunene unnlater å utarbeide tradisjonelle «fylkesplaner», innebærer likevel ikke at fylkesplanleggingen får et snevert intrasektorielt preg. Som Higdem (2015) påpeker, er det i praksis en glidende overgang mellom sektorielle og territorielle regionale planer. Gjennomgangen av de sektorielle regionale planene viser en tendens til at en god del av planene har et avgrenset tematisk fokus men som likevel dekker flere sektorer. Regionale folkehelseplaner er et eksempel på en gruppe planer som har en slik innretning.

SAMMENLIGNING AV TERRITORIELL REGIONAL PLAN OG REGIONAL FOLKEHELSEPLAN

Ovenfor har vi sett at det regional planlegging har dreid i favør av sektorielle regionale planer. Samtidig er skillet mellom sektorielle og territorielle regionale planer flytende. Regionale folkehelseplaner er en gruppe sektorielt organiserte regionale planer som ofte har et tverrsektoriell tilnærming. Som tidligere påpekt tilkjenner de aller fleste regionale planstrategier intensjoner om en tverrsektoriell tilnærming til folkehelse. Blant de fylkeskommunene som har valgt vekk territoriell regional plan, kommer intensjonen om en

tverrsektoriell tilnærming sterkest til uttrykk gjennom utviklingen av regionale folkehelseplaner. I alt 14 av fylkeskommunene har vedtatt en regional folkehelseplan. I ytterligere en fylkeskommune er folkehelseplan under utarbeidelse. I tillegg har Oslo utarbeidet folkehelseplaner på bydelsnivå.

Vi har gjort en sammenligning av tilnærmingen til folkehelse i regionale folkehelseplaner og i territorielle regionale planer med tilhørende handlingsprogram. Sammenligningen viser at det er større forskjeller innenfor hver av de to gruppene planer, enn mellom dem. Samlet sett er det likevel en tendens til at folkehelseplanene har et smalere fokus og i større grad prioriterer særskilte regionale folkehelseutfordringer. De regionale prioriteringer kommer enda tydeligere frem i handlingsprogrammene.

En god folkehelseplan er kjennetegnet av uttalte intensjoner om å få til 'helse i alt vi gjør' og har en tverrsektoriell innretning. Samtidig gjøres det regionale prioriteringer ved at innsatsen rettes mot særskilte regionale folkehelseutfordringer, slik som overvekt og høyt tobakksbruk i Sogn og Fjordane (Sogn og Fjordane fylkeskommune 2015) og sosialt betingede helseforskjeller i Vestfold (Vestfold fylkeskommune 2011). Dette bidrar til utviklingen av handlingsplaner med god konkretiseringsgrad men med et noe smalere fokus på folkehelse enn i en god territoriell regional plan.

Møre og Romsdal fylkeskommune er blant fylkene som har valgt å utarbeide en territoriell regional plan (Møre og Romsdal fylkeskommune 2013). Planen følger to organisatoriske prinsipper. Tverrsektorielle hensyn slik som folkehelse omtales innledningsvis som gjennomgående perspektiv som skal ivaretas gjennom hele planen. Planen har altså en innretning som er klart i samsvar med målet om 'helse i alt vi gjør'. Selve målstrukturen og handlingsprogrammene er derimot sektorielt organisert etter de fire områdene kompetanse, kultur, samferdsel og verdiskapning. En gjennomgang av handlingsprogrammene knyttet til denne territorielle regionale planen inneholder langt flere konkrete tiltak med relevans for folkehelse enn en typisk folkehelseplan. Samtidig fører den sektorindelte oppbygning av planen til at den samlede tilnærmingen til folkehelse fremstår som noe mer fragmentert, enn i en regional folkehelseplan.

Gjennomgangen av de to plantypene viser at både territorielle regionale planer og regionale folkehelseplaner kan gi en strategisk retning i folkehelsearbeidet. Begge de to plantypene er egnet til å gi en tverrsektoriell tilnærming til folkehelse innenfor sine respektive regioner. Gjennomgangen av tilnærmingen til folkehelse i de to plantypene tyder på at folkehelseplaner gir noe bedre mulighet for regionale prioriteringer og for koordinering av de ulike folkehelseiltakene, mens regionale territorielle planer gir muligheter for en bredere og mer omfattende folkehelse-tilnærming. En kombinasjon av begge plantypene, slik man har i Møre og Romsdal som også har utarbeidet folkehelseplan (Møre og Romsdal fylkeskommune 2014), vil trolig gi den mest hensiktsmessige plantilnærmingen til folkehelse.

FOLKEHELSE I OPPLÆRINGSPLANER

Videregående opplæring er fylkeskommunenes største ansvarsområde og står for mer enn halvparten av fylkeskommunens samlede budsjett (Amdam m.fl. 2014; KS 2014). Alle fylkeskommuner, med unntak av to, omhandler videregående opplæring og tilstøtende

aktiviteter i enten territoriell regional plan eller sektoriell regional plan. I de to resterende fylkene er slike planer under utarbeiding. De vedtatte planene har gjennomgående et sektoroverskridende perspektiv, særlig med kobling til regionalt nærings- og arbeidsliv. Koblingen til arbeid har både et verdiskapingsperspektiv i form av å sikre lokalt næringsliv tilgang på relevant kompetanse og et sysselsettingsperspektiv i form av å hindre utstøting fra arbeidsmarkedet. Det sistnevnte perspektivet, som er særlig relevant for folkehelse, henger nært sammen med arbeidet for å redusere frafallet fra videregående opplæring, ikke minst fra yrkesfagsutdanningene.

Selv om videregående opplæring skjer i regi av fylkeskommunen, legger planene opp til at en stor del av tiltakene for å redusere frafall gjennomføres i samarbeid med andre regionale aktører, og da særlig kommuner og arbeidsliv. Samarbeidet med kommunene dreier seg ofte om kartlegging av elever med særskilte behov, for å sikre tidligere og tettere oppfølging av disse i videregående opplæring. Samarbeidet med nærings- og arbeidsliv på dette området, dreier seg om å sikre tilgang på relevante lærlingeplasser samt hospiteringsordninger og andre tiltak for de som ikke får læreplass og i forbindelse med tilpassa opplæring. De fleste planene inneholder også andre tiltak med relevans for folkehelse, ikke minst språkopplæring av innvandrere. På dette området er NAV og kommunene fylkeskommunens viktigste samarbeidspartnere. Selv om planene for videregående utdanning har stort fokus på viktige tiltak med hensyn til folkehelsearbeid, preges planene av få eksplisitte referanser til folkehelseloven og helse i alt vi gjør. Dette skyldes trolig at videregående opplæring i stor grad er underlagt Opplæringsloven.

FOLKEHELSE I REGIONALE PLANER FOR KULTUR, IDRETT OG FRILUFTSLIV

Mange av fylkeskommunens ansvarsområder innenfor området kultur, idrett og friluftsliv har stor betydning for folkehelse og fordeling av helse. De aller fleste fylkeskommuner har regionale planer som dekker områdene kultur, idrett og friluftsliv. Hvis man ser vekk fra territoriale regionale planer og regionale folkehelseplaner, gjør temaet folkehelse seg sterkest gjeldende i regionale planer som dekker et eller flere av områdene kultur, idrett og friluftsliv. En stor andel av fylkeskommunene har planer for disse temaområdene og langt de fleste av disse planene legger et folkehelseperspektiv til grunn. I 14 av fylkeskommunene gis det uttrykk for at det er en sterk sammenheng mellom folkehelse og kultur, idrett og friluftsliv. Den vanligste koblingen gjøres mellom ulike former for tilrettelegging for lavterskel fysisk aktivitet på den ene siden og helse og fordeling av helse på den andre. Eksempler her kan være å legge til rette for hverdagsaktivitet slik som sykling til skole, jobb og aktiviteter og utvikle areal for egenorganisert fysisk aktivitet som er universelt utformet og lokalisert nær der folk bor.

De regionale planene for dette området skiller seg ut fra annen sektorplanlegging ved et sterkere fokus på mobilisering av frivillig sektor og på arbeidsformen samarbeid og partnerskap. Målsetninger, fokus og ambisjonsnivå på folkehelseområdet varierer likevel mye, og langt mer enn blant de regionale folkehelseplanene. En viktig kilde til variasjon er at de inngår som deler i regionale planstrategier som selv varierer mye fra fylke til fylke. Planene for kultur, idrett og friluftsliv tilpasses utformingen av de andre regionale planene. For eksempel har Sogn og Fjordane, som både har en folkehelseplan og en plan for kultur, idrett og friluftsliv, behandlet

temaet folkehelse på et overordnet nivå i planen for kultur, idrett og friluftsliv, og mer konkret i selve folkehelseplanen. Den nære koblingen mellom kultur, idrett og friluftsliv og folkehelse har også ført til at enkelte fylker har valgt å slå sammen plan for folkehelse og for kultur, idrett og friluftsliv. En mulig forklaring på denne koblingen er at mange av fylkeskommunens økonomiske virkemidler inn mot folkehelsearbeidet er knyttet til området Kultur, idrett og friluftsliv.

FOLKEHELSE I PLANER FOR TRANSPORT OG SAMFERDSEL

Samferdsel inklusive transport er fylkeskommunens nest største ansvarsområde (Amdam m.fl. 2014; KS 2014) og er et samfunnsområde med stor betydning for folkehelse og fordeling av helse. Samtlige fylkeskommuner behandler områdene transport og samferdsel i enten en territoriell regional plan eller i sektoriell regional plan. Samtlige av disse planene omhandler utfordringer og tiltak med stor relevans for folkehelse, både direkte slik som trafiksikkerhet, utbygging av gang og sykkelnett, redusert luftforurensning, andre klima- og miljøtiltak og ofte indirekte i form av temaer som bostedsattraktivitet, tilgjengelighet og verdiskaping, arbeidsplasser og sysselsetting. Til sammen 13 av de regionale planene for samferdsel har et sektorovergripende perspektiv på sammenhengen mellom samferdsel og folkehelse.

Utformingen av denne gruppen planer varierer mindre fra fylke til fylke enn planene for kultur idrett og friluftsliv. Selve utfordringene og målsetningene på samferdselsområdet varierer derimot mer og dette påvirker fokuset på folkehelse i planene. Alle fylker prioriterer arbeid med trafiksikkerhet. Utover dette er det en klar tendens til at distriktsfylkene ser samferdselsområdet opp mot næringsutvikling. I fylkene med storbyer kobles samferdsel i langt større grad til hvordan trafikkens påvirker folkehelse gjennom luftforurensning og den relative attraktiviteten til boligområder. Dette gjenspeiler trolig at planlegging på samferdselsområdet oppfattes som et viktigere virkemiddel i folkehelsearbeidet i slike fylker enn distriktsfylkene.

GIR REGIONALE PLANER EN HELHETLIG RETNING FOR DET REGIONALE FOLKEHELSEARBEIDET?

En strategisk innretning på samfunnsutviklingen forutsetter felles mål og forståelse av regionens utfordringer og grunnlaget for fremtidig utvikling (Amdam 2005; Amdam og Veggeland 2011). To sentrale virkemidler som kan bidra til dette er arbeidet med regional planstrategi og regional plan. Regional planstrategi skal blant annet redegjøre for sentrale utfordringer og gi en vurdering av langsiktige utviklingsmuligheter samt en liste over hvilke planer som skal utarbeides. Regional plan skal legge til rette for en tverrsektoriell tilnærming til å håndtere utfordringer og å nå felles mål.

Gjennomgangen ovenfor viser at målet om 'helse i alt vi gjør' i stor grad ligger til grunn for utformingen av de regionale planstrategiene. 'Helse i alt vi gjør' ligger også til grunn for utformingen av regionale planer, men dette skjer i ulik grad og på ulike måter fra fylke til fylke. Det er flere årsaker til denne variasjonen. Et forhold er at folkehelseutfordringene varierer fra fylke til fylke. PBL gir stor fleksibilitet til å velge type og sammensetning av regionale planer. En annen kilde til variasjonen er at de nasjonale målene med folkehelsearbeidet er for lite

operasjonalisert. Som Helsedirektoratet (2011:30) påpeker, er mål av typen «flere leveår med god helse» vage og lite retningsgivende for planleggingen av det regionale folkehelsearbeidet.

Fleksibiliteten i valg av type regional plan, har resultert i at de fleste fylkeskommuner har valgt vekk territoriell regional plan. I disse fylkene er det de regionale folkehelseplanene som i størst grad inntar en tverrsektoriell tilnærming til folkehelse. Gjennomgangen av regionale folkehelseplaner viser at de tar utgangspunkt i en oversikt over folkehelsesituasjonen i fylket og innretter folkehelsesatsingen mot det som man vurderer som de sentrale utfordringene. De regionale folkehelseplanene har også et tverrsektorielt fokus, men dette er smalere enn folkehelseilnærmingen gjennom territoriale regionale planer. Behandlingen av folkehelse i en god territoriell regional plan er gjerne mer sektorovergripende, men samtidig mer fragmentert enn en god regional folkehelseplan. Det er store variasjoner innenfor begge de to typene planer.

'Helse i alt vi gjør' ligger også til grunn for planer innenfor kultur, idrett og friluftsliv. Dette er også den gruppen planer som i størst grad omfatter samarbeid med frivillig sektor. Folkehelse er et sentralt tema i regionale planer for samferdselsområdet, særlig i fylker med større grad av urbanisering. Planer for videregående opplæring er kunnskapsbasert og har et sterkt fokus på utfordringer som påvirker hele og fordeling av helse. De er også sektor- og nivåoverskridende mot arbeidsliv, NAV og kommunene. Opplæringsplaner er således gode virkemidler i det regionale folkehelsearbeidet, selv om planene er i hovedsak refererer til Opplæringsloven og i mindre grad til Folkehelseloven.

Gjennomgangen har vist at folkehelse er et sentralt tema i mange sektorielle regional planer og at sektorielle planer ofte omfatter mer enn en sektor. Det er likevel hovedsakelig territoriale regionale planer og regionale folkehelseplaner som i dag gir et helhetlig perspektiv på det regionale folkehelsearbeidet. For fylker som utarbeider territoriell regional plan synes hovedutfordringen å være å få til en bedre sammenheng mellom de enkelte folkehelse relaterte handlingsmålene i planen. For fylker som ikke utarbeider territoriell regional plan, men som har en regional folkehelseplan, kan folkehelseperspektivet styrkes gjennom å gi folkehelseplanen et bredere og mer helhetlig fokus enn den har i dag. Samlet vurderer vi likevel at dagens regionale planer gir et forholdsvis godt utgangspunkt for en tverrsektorielt og helhetlig regional tilnærming til folkehelsearbeidet, men da under forutsetning av at planene blir etterlevd.

6. SAMORDNING AV DET REGIONALE FOLKEHELSEARBEIDET

Ovenfor har vi sett at folkehelse og målet om 'helse i alt vi gjør' inngår som viktige deler i regionale planstrategier og at dette, riktignok i varierende grad, nedfelles i regionale planer. I dette kapittelet skal vi se nærmere på i hvilken grad fylkeskommunen lykkes å forankre disse planene i kommuner og regionale statlige aktører og om regionale planstrategier og planer bidrar til å samordne det regionale folkehelsearbeidet.

FORANKRING AV REGIONALE PLANER FOR FOLKEHELSE

En rekke offentlige utredninger har pekt på at det er et stort behov for å samordne nasjonale sektormål og offentlige myndigheters virkemiddelbruk (For en nærmere gjennomgang se Amdam m.fl. 2014). Forankring av planer hos relevante aktører er en viktig forutsetning for både sektorsamordning og for å gi en strategisk retning på folkehelsearbeidet. Forankring har flere dimensjoner. Det handler blant annet om å etablere konsensus om utfordringer og målsetninger og om å forplikte aktørene (Hofstad 2015). I følge Amdam og Veggeland (2011) er involvering i regionale planprosesser avgjørende for utviklingen av felles forståelse for regionens utfordringer og for utvikling av felles målsetninger. Hvordan arter så de regionale planprosessene seg?

Flere nyere studier viser at regionale statlige etater i mange fylker både involveres for sent og i for liten grad i regionale planprosesser (Hofstad 2015, Nilsen og Langslet 2013, 2015, NOU 2016:3). I følge Nilsen og Langslet (2015) skyldes dette at en del statlige etater mangler ressurser til å delta og at de regionale statlige aktørene heller ikke oppfatter at de er forpliktet til å delta. Andre peker på at arbeidet med å få til en helhetlig innsats på folkehelseområdet hemmes av uklarhet med hensyn til innholdet i samfunnsutviklerrollen og de nasjonale målsetningene med folkehelsearbeidet. Vage formuleringer av aktørenes ansvar, samt uklare og lite operasjonaliserte mål for folkehelsearbeidet gir stort rom for fortolkning og manøvrering (Helsedirektoratet 2011; Hofstad m.fl. 2015, Nordregio 2005). Det kan altså tyde på at de ambisiøse målsetningene knyttet til 'helse i alt vi gjør' bør konkretiseres for å unngå slik uklarhet.

Problemet forsterkes av mekanismer rundt fylkestingene. Hofstad m.fl. (2015) og Nilsen og Langslet (2013, 2015) finner at fylkespolitikerne selv viser mindre vilje til å gjøre helhetlige prioriteringer når det kommer til upopulære valg som lokalisering, prioritering og spissing av virkemiddelbruken. Dette gjelder særlig overfor kommunene. Studier viser at fylkespolitikerne heller ikke alltid lykkes med å se fylkeskommunens egne ansvarsområder i sammenheng (Nilsen og Langset 2013, 2015). Dette henger sammen med at fylkeskommunen selv bærer et visst preg av segmentering, noe for eksempel valget av sektorielle planer framfor territoriell regional plan kan sees som et utslag av.

VIRKER REGIONALE PLANER SAMORDNENDE PÅ FOLKEHELSEARBEIDET?

Som regional planmyndighet er en stor del av ansvaret for samordning av regional innsats og virkemiddelbruk lagt til fylkeskommunen. Det blir framhevet at fylkeskommunens fortrinn,

sammenliknet med regionale statlige myndigheter, er å se flere politikkområder i sammenheng. Fylkeskommunen har mandat til å se på tvers, koble sektorområder og virkemidler, og se helheten (Nilsen og Langset 2013, 2015). Sektorsamordning er spesielt viktig for typiske sektoroverskridende utfordringer slik som helse og fordeling av helse.

Hanssen (mfl. 2014, s. 1) skiller mellom ulike grader av samordning med hensyn til graden av gjensidig avhengighet og påvirkning. **Lav grad av samordning** omfatter gjensidig informasjons-, erfarings- og kunnskapsdeling, der det er det opp til hver av enhetene å vurdere om og eventuelt hvordan de bør tilpasse seg den informasjonen de får. **Moderat grad av samordning** skjer når de aktuelle enhetene samler seg om å utvikle felles problem- og løsningsforståelse med utgangspunkt i felles informasjon. **Koordinering** skjer når de berørte enhetene endrer sine planer eller sin nåværende policy for ikke å svekke de andre enhetenes måloppnåelse, eller samarbeider om å utvikle felles strategi/plan/tiltak på tvers av sektorene, blant annet for å oppnå synergieffekter.

Hvordan regional samordning arter seg på folkehelseområdet er et lite utforsket område, men det virker rimelig å anta at erfaringer fra samordning av innsats inn mot samfunnsutvikling på andre sektorovergripende temaområder, slik som næringsutvikling, klima og miljø, vannforvaltning og arealforvaltning har overføringsverdi til folkehelseområdet. Vi støtter oss derfor til slike erfaringer her.

En rekke studier viser at fylkeskommunen står overfor store utfordringer i arbeidet med regional samordning. Et forhold som er påpekt i en rekke utredninger tilbake til den første maktutredningen (NOU 1982:3) er segmentering (Amdam m.fl. 2014; Higdem 2011, 2015; Hofstad m.fl. 2015; Nilsen og Langslet 2013, 2015). En kilde til segmentering er at sektorlovene er for lite harmoniserte med hverandre og med PBL. Dette skaper uklarhet med hensyn til aktørenes ansvar i forhold til samfunnsutvikling og om prioriteringer mellom overordnede hensyn og ulike sektormål.

En annen kilde til segmentering er en praksis der departementer prioriterer sektorstyring gjennom øremerking av midler, oppdragsbrev og forventningsbrev på bekostning av sektoroverskridende innsats (Hofstad m.fl. 2015; Nilsen og Langslet 2015). I følge Difi (2014:7) bidrar denne styringspraksisen til å skape målkonflikter mellom fylkeskommunen og de regionale statlige aktørene. Begge de nevnte kildene til segmentering er mulige hindre for selv moderat grad av samordning av folkehelsearbeidet.

En tredje utfordring med hensyn på å samordne det regionale folkehelsearbeidet er få sterke juridiske virkemidler. En regional plan med tydelige mål og prioriteringer gir ingen garanti for at den følges. Erfaringer viser at regionale planer lett kan bli oversett hvis de inneholder tiltak eller målsetninger som konkurrerer med målsetninger i andre sektorer eller planer. Som vi har pekt på tidligere har fylkeskommunens få sterke virkemidler til å sikre at regionale planen etterlevs. Selv på områder der de har harde virkemidler i form av innsigelser og regional planbestemmelse, er fylkeskommunene tilbakeholdne med å ta de i bruk (Asplan Viak 2015a; Hofstad 2015; Nilsen og Langset 2013, 2015).

Intervjuer med fylkesplanleggere gjengitt i Hofstad m.fl. (2015) tyder på at fylkespolitikere legger bånd på seg og planavdelingene sine når spørsmålet om å utøve myndighet over kommunen

dukker opp. En mulig forklaring er at dette er en praksis som har størknet gjennom den lange perioden (2002-2010) fylkeskommunen hadde rollen som samfunnsutvikler uten å bli tilført harde virkemidler (Amdam m.fl. 2014). Uansett årsak tyder gjennomgangen ovenfor på at fylkeskommunens forutsetninger for samordning av folkehelsearbeidet er best når det kommer til lav eller moderat grad av samordning, og at koordinert folkehelseinnsats helst vil skje når folkehelsemålsetninger og andre etaters sektormålsetninger sammenfaller, eller i det minste ikke konkurrerer med hverandre.

7. MOBILISERING VED HJELP AV PEDAGOGISKE OG ØKONOMISKE VIRKEMIDLER

I dette kapitlet skal vi:

- Gjøre rede for erfaringer med fylkeskommunens samordning av folkehelsearbeidet
- Gjøre rede for fylkeskommunens folkehelsearbeid gjennom mobilisering og nettverksarbeid

Erfaringer med fylkeskommunens bruk av pedagogiske og økonomiske virkemidler i folkehelsearbeidet vil inngå som en del av denne gjennomgangen.

SAMORDNING AV FOLKEHELSEARBEIDET I FYLKESKOMMUNE OG KOMMUNER

Pedagogiske virkemidler er en betegnelse for virkemidler som anvendes primært for å veilede om forståelsen av regelverk, organisering og økonomi. De har karakter av en hierarkisk relasjon, men bærer samtidig preg av frivillighet (Difi 2014:7). Fylkeskommunen har flere pedagogiske virkemidler overfor kommunene på folkehelseområdet.

I Folkehelseloven er fylkeskommunen tildelt en understøtterrolle overfor kommunene. Blant annet skal fylkeskommunen videreutvikle arbeidet med å skaffe oversikt over helsetilstanden i fylket og peke på positive og negative faktorer som kan ha innvirkning på folkehelsen. En gjennomgang av noen lokale handlingsprogrammer for folkehelse viser at slik informasjon og hvordan den kan følges opp av kommunene, for eksempel gjennom holdningsskapende arbeid og informasjonsarbeid, blir aktivt formidlet til relevante fagmiljøer i kommunene, slik som skoler, barnehager, idrettsetater

Til understøtterrollen ligger det et ansvar for å drive planveiledning etter plan- og bygningsloven. Dette er nært koblet til fylkeskommunens eget arbeid med regionale planstrategier og regionale planer, ved at disse skal ligge til grunn for utarbeidelsen av kommunale planstrategier og kommunale planer. For å styrke sammenhengen mellom regional og kommunal planlegging, er kommunene pålagt å utarbeide sine kommunale planstrategier samtidig med utarbeidelsen av regional planstrategi (Aarsæther 2011).

Fylkeskommunene har også andre pedagogiske virkemidler med relevans for folkehelse.

Fylkeskommunen har ansvar for å følge opp kommuner og friluftsråd når det gjelder statlig sikrede friluftslivsområder, herunder koordinere og være pådriver for arbeidet med forvaltningsplaner og tiltaksplaner for de sikrede områder (nye planer og revisjoner).

Fylkeskommunen har også ansvar for å veilede kommunene, publikum og andre aktuelle parter om spørsmål knyttet til friluftsliv. Fylkeskommunen er talsmann for allemannsretten, ivaretagelse av grøntstruktur og markaområder overfor kommunene. Fylkeskommunene har også fått ansvar for å legge til rette for friluftsliv bl.a. gjennom å oppfordre til og samarbeide med kommunene om å fremme søknader om sikring av friluftsområder til Miljødirektoratet.

Siden slike pedagogiske virkemidler ikke gir mulighet til å styre kommunenes atferd, virker de best når relasjonen mellom partene er god og rolleforståelsene er samstemt. Flere spørreundersøkelser viser at kommunene oppfatter fylkeskommunens veilederrolle som viktig

og nyttig (Nielsen og Langslet 2013; Ringholm m.fl. 2009). Nest etter nabokommunen, blir fylkeskommunen vurdert som den viktigste samarbeidsparten i kommunalt planarbeid (Nielsen og Langslet 2013; Ringholm m.fl. 2009). Kommunene vurderer også regionale planinstrumenter som viktige verktøy i arbeidet med lokal samfunnsutvikling (Asplan Viak, 2015b), noe som også indikerer at understøtterrollen fremmer folkehelsearbeid.

Et gjennomgående funn i nyere forskningslitteratur er likevel at samarbeidet mellom de to folkevalgte nivåene fungerer klart best i situasjoner der regionale og lokale prioriteringer er samstemt. I plansaker der folkehelsemål kolliderer med lokale behov og prioriteringer, er det en klar tendens til at lokale prioriteringer får forkjørsrett (Hofstad m.fl. 2015). Nielsen og Langslet (2013:5) og Hofstad m.fl. (2015) har begge avdekket en klar skepsis blant kommunene til at fylkeskommunen skal få for stor styring over det lokale utviklingsarbeidet. Hvis kommunal plan i for stor grad går på tvers av fylkesplan og regional planstrategi, kunne fylkeskommunen kombinert veilederrollen med hardere virkemidler, men som vi har sett i forrige kapittel benyttes ingen av disse virkemidlene i særlig grad.

FOLKEHELSEARBEID GJENNOM MOBILISERING OG PARTNERSKAPSARBEID

Med folkehelse mener vi befolkningens helsetilstand og hvordan helse fordeler seg i befolkningen. Av dette følger det at folkehelsearbeid er samfunnet sin innsats for å påvirke faktorer som direkte eller indirekte fremmer befolkningens helse. Privat sektor, kulturliv og lokalsamfunn har alle viktige kunnskaper, kompetanse og ressurser med relevans for folkehelsearbeidet. En sentral fylkeskommunal oppgave i henhold til folkehelseloven er å mobilisere slike lokale og regionale aktører som kan spille en rolle i folkehelsearbeidet. Fylkeskommunen har flere viktige innganger til slik mobilisering (Hofstad 2015; Higdem 2011).

Fylkeskommunen kan mobilisere gjennom planprosessene. De kan også legge til rette for lokale og regionale folkehelsesamarbeid og fagnettverk ved å etablere møteplasser og arenaer for aktuelle folkehelseaktører. Higdem (2011) beskriver fylkeskommunens rolle i dette arbeidet som en nettverksnode. Den vanligste måten å skape slike møteplasser på er å arrangere faglige samlinger og kurs samt å tildele nettverksstøtte til folkehelsenettverk. Gjennom årene er det utviklet en rekke arenaer for samhandling mellom aktører som har interesser og virkemidler knyttet til regional utvikling. Det er også etablert en mengde nettverks- og partnerskapsarenaer knyttet til ulike regionale planprosesser, blant annet folkehelseplan. Siden det ofte er de samme aktørene som går igjen i disse prosessene har flere regionale statlige myndigheter valgt å trekke seg ut av arenaene (Hofstad 2015). Her anbefales det at fylkeskommunen gjør en ryddejobb. Man bør se hvilke arenaer som er nødvendige, overflødige, kan samkjøres, etc. for å unngå å belaste samarbeidspartnere unødig og motvirke fragmentering av arbeidet. Det argumenteres videre for at fylkeskommunene bør profesjonalisere ledelsen av slike arenaer (Hofstad 2015).

En beslektet tilnærming til rollen som nettverksnode er å selv etablere og delta i folkehelsepartnerskap eller nettverk. Gjennomgangen av regionale folkehelseplaner og regionale planer for kultur, idrett og friluftsliv viser at slike partnerskap og nettverk ofte har en sentral rolle i fylkeskommunenes tilnærming til folkehelse. Partnerskapene er gjerne bredt

sammensatte, og kan omfatte både kommuner, og representanter for fylkeskommune, fylkesmann, samt frivillig og privat sektor.

Flere bidragsytere har anbefalt en partnerskapstilnærming til sektorovergrepene utfordringer slik som folkehelse (Amdam 2003, Asmervik og Hagen 1997, Falleth og Johnsen 1996). Flere senere studier tyder likevel på at fylkeskommunen bare delvis har lyktes med denne strategien. Årsaken er at arbeidsformen er krevende (Higdem 2011, Nilsen og Langset 2013, Nordregio 2005; NOU 2000:2.). Ouff, mfl. (2010) finner for eksempel på at vellykket samarbeid med frivillig sektor forutsetter jevnlig diskusjoner om innholdet i samarbeidet.

Fylkeskommunen besitter også økonomiske virkemidler som kan støtte opp under de andre aktivitetene. Støtteordningene med relevans for folkehelse som forvaltes av fylkeskommunen er i stor grad forbundet med sektorområdet kultur, idrett og friluftsliv. Noen av de viktigste er:

- ansvaret for å fordele spillemidler til anlegg for idrett og fysisk aktivitet
- tilskuddsmidler innen friluftsliv og viltforvaltning
- midler innenfor Den kulturelle skolesekken
- midler innenfor Den kulturelle spaserstokken

Fylkeskommunen kan også gi tilskudd til regional utvikling og til kommuner og regionråd.

Bruken av disse midlene inngår i regionale planer og da i hovedsak sektorplaner for kultur, idrett og friluftsliv. En gjennomgang av forvaltningen av disse midlene i en av fylkeskommunene, viser at de aller fleste av støtteordninger brukes til å realisere tiltak som er egnet til å fremme helse og redusere helseforskjeller.

Økonomiske støtteordninger har en viktig rolle som smøremiddel for slike partnerskap (Difi 2014:7; Hofstad 2015; Hofstad 2013). Økonomiske virkemidler har stor betydning for å få kommunene til å delta i slike partnerskap, samt få dem til å endre egen praksis. En evaluering av øremerkede tilskudd til partnerskap som arbeidsform i det regionale folkehelsearbeidet viser at partnerskapsordningen har styrket fylkeskommunens rolle som regional utviklingsaktør, og bedret samarbeidet om folkehelse på tvers av forvaltningsnivåene (Ouff, mfl. 2010).

8. VEIEN VIDERE

Denne rapporten gir en oversikt over hvordan fylkeskommunen arbeider med å fremme folkehelse og redusere sosial ulikhet i helse gjennom rollen som regional planlegger og samfunnsutvikler. Gjennomgangen tyder på at fylkeskommunen i denne rollen kan bidra til en tydeligere strategisk retning for det regionale og lokale folkehelsearbeidet. Vi finner eksempler på territoriale regionale planer og regionale folkehelseplaner som har en helhetlig og sektorovergripende tilnærming til folkehelse. Samtidig viser gjennomgangen av regionale planer at både sammensetningen av plantyper og behandlingen av folkehelse i regionale planstrategier og regionale planer varierer mye mellom fylkeskommunene.

Gjennomgangen viser at kommunene og fylkesmannen er fylkeskommunens viktigste samarbeidspartnere i det regionale folkehelsearbeidet. Når det gjelder fylkeskommunens arbeid med å samordne det regionale og lokale folkehelsearbeidet, har vi avdekket et behov for mer kunnskap. Hvis vi støtter oss på forskningslitteraturen om fylkeskommunens rolle som samfunnsutvikler inn mot andre sektorovergripende utfordringer, finner vi en klar tendens til at mange regionale statlige aktører er lite aktive i regionale planprosesser og at de i begrenset grad forholder seg til regionale planer i sin virksomhet. Samarbeidet med kommunene fungerer bedre, men klart best når regionale og kommunale prioriteringer er samstemt. I situasjoner der lokale og regionale interesser spriker, mangler fylkeskommunene virkemidler, men også vilje til å samordne planleggingen på de to nivåene. Det er grunn til å tro at disse tendensene også gjør seg gjeldende på folkehelseområdet. I så fall vil en tydeliggjøring av aktørens ansvar og roller være viktig for å styrke samordningen av det regionale folkehelsearbeidet. Regionale statlige aktører må involvere seg sterkere i regionale planprosesser, statlige aktører og kommuner må i større grad innrette seg etter regionale planer, mens fylkeskommunen må være villig til å bruke sine harde virkemidler når det er nødvendig.

En annen viktig tilnærming i det regionale og lokale folkehelsearbeidet er å mobilisere privat sektor, frivillig sektor og lokalsamfunn. Fylkeskommunens viktigste tilnærming til slik mobilisering er å stimulere til lokale og regionale folkehelsesamarbeid og fagnettverk, gjennom å etablere møteplasser og arenaer for aktuelle folkehelseaktører. Til dette arbeidet har fylkeskommunen økonomiske virkemidler i form av ulike tilskudd og støtteordninger. En utfordring ved nettverkstilnærmingen er at det etter hvert har blitt etablert for mange nettverk, der mange av de samme aktørene går igjen. Dette har resultert i redusert deltakelse på slike arenaer. En gjennomgang og opprydding i slike nettverk kan således være nødvendig for å styrke folkehelsesamarbeid gjennom denne typen arenaer.

LITTERATUR

Aarsæther, N. (2011) Tid for planstrategi! *Plan*, 2011 (5), 62-64

Amdam, J. og Veggeland, N. (2011) Teorier om samfunnsstyring og planlegging. Oslo: Universitetsforlaget.

Amdam, J., Halvorsen, L.J. og Bakke, G. (2014): *Alternativer for regionalt folkevalgt nivå*. Volda: Møreforskning. (Rapport nr 58)

Amdam, R. (2003): Regional planning as a legitimating development process. Volda: Høgskolen i Volda. (Notat 5/2003)

Ansell, C. og Gash, A. (2012): "Stewards, Mediators and Catalysts: Towards a Model of Collaborative Leadership" *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, 17(1): 2–21.

Asmervik, S. og Hagen, A. (1997): "Retorikk eller planlegging. Fylkesplanen for Oppland – en plan som svikter sitt retoriske potensiale". *Rhetorica Scandinavia* (4): 37-51.

Asplan Viak (2015a): Evaluering av forskrift om rikspolitisk bestemmelse for kjøpesentre. Rapport til Kommunal og moderniseringsdepartementet. Dato 2015-02-16.

Asplan Viak (2015b): Effektivisering av kommunal planlegging. Kommunal planlegging – et statsoppdrag eller verktøy for lokal samfunnsutvikling. Dato: 2015-03-26

Bergem, R, Ouff, S,M, Aarflot, U. og Hanche-Dalseth, M (2009). *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan. Undervegsrapport*. Rapport nr 234, Møreforskning Volda/Høgskulen i Volda.

Davies, J. S. (2007): "The limits of partnership: an exit-action strategy for local democratic inclusion". *Political Studies*, 55(4): 779-800.

Deloitte (2014): Bruk av samarbeidsavtaler i et utvalg kommuner og helseforetak - en kvalitativ studie av erfaringer med avtalene. KS FoU-prosjekt nr.:134017

Deloitte (2015): Oppgavefordeling mellom fylkesmennene, direktoratene og kommunesektoren, FOU-prosjekt nr. 144027, sluttrapportering 6.mars 2015.

Difi (2014): *Mot alle odds? Veier til samordning i norsk forvaltning*. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT. (Difi-rapport 2014:7)

Difi (2015): *Tre prosjekter for styrket samordning av forskningspolitikken*. Oslo: Direktoratet for forvaltning og IKT. (Difi-rapport 2015:2)

Falleth E.I, Hanssen, G.S og Saglie, I.L. (2008) medvirkning i byplanlegging i Norge. NIBR-rapport 2008:37. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

- Falleth, E.I. og Hanssen, G.S. (2015) Medvirkning i planlegging, I Aarsæter, N. Falleth, E., Nyseth, T. og Kristiansen, R. (Red.) *Utfordringer for norsk planlegging – kunnskap, bærekraft og demokrati*. Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget
- Falleth, E.I. og Johnsen, V. (1996): Samordning eller retorikk? Evaluering av fylkesplanene 1996-1999. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 1996:20)
- Fotel, T. og Hanssen, G.S. (2009): "Meta-Governance in Nordic Regions – the Role of Politicians in Regional Governance Networks", *Local Government Studies*, 35(5): 557-576
- Freiler A., Muntaner, C., Shankardass, K., Mah, C.L., Molnar, A., Renahy, E., O'Campo, P. (2013): 'Glossary for the implementation of Health in All Policies (HiAP)', *J Epidemiol Community Health*, 67, 1068–1072
- Greer, S.L. and Lillvis, D.F. (2014): 'Political strategies for coordination in health policies', *Health Policy*, 116:1, 12-17
- Hansen, T., Hanssen, G.S., Heløe, L.A. og Stigen, I.M. (2006): Den regionale stat – enhet og Mangfold. Om den geografiske inndelingen av regional stat og konsekvensene av denne. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2006:9)
- Hansen, T. og Stigen, I.M. (2012): "Regionen som ramme for politisk-administrativ organisering". I: Hanssen, G.S., J.E. Klausen og O. Langeland (red.): *Det regionale Norge 1950 til 2050*, s. 67-92. Oslo: Abstrakt forlag
- Hanssen, G.S, Nergaard, E., Skaalholt, A. og Pierre, J. (2011): "Multi-level governance of regional economic development in Norway and Sweden: Too much or too little top-down control?". *Urban Research and Practice*. 4(1): 38-57.
- Hanssen, G.S. og Klausen, J.E. (2006): *Fylkeskommunal oppgavedifferensiering. Rapport fra innledende undersøkelser*. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. (NIBR-rapport 2006:4)
- Hanssen, G.S., Helgesen M.K. og Holmen, A.K. (2014) «Den forhandlende kommune i samhandlingsreformen – forhandlingspraksis og lederegenskaper», *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 30 (2), 108-130.
- Hanssen, G.S., Hovik, S. og Hundere, G.C. (2014) «Den nye vannforvaltningen – nettverksstyring i skyggen av hierarki», *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 30 (3), 155-177. ISSN Print: 0801-1745
- Hanssen, G.S., Hovik, S., og Hundere, G.C. (2014): "Den nye vannforvaltningen – nettverksstyring i skyggen av hierarki". *Norsk Statsvitenskapelig Tidsskrift*, 30(3): 155–180
- Hanssen, G.S., Klausen J.E. og Langeland, O. (red.) (2012): *Det regionale Norge 1950-2050*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- 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. (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.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.

Helsedirektoratet (2011): Partnerskap som arbeidsform i regionalt folkehelsearbeid. Med oversikt over fylkeskommuners organisering av folkehelsearbeidet. Oslo: Helsedirektoratet. (Rapport IS: 1935)

Helsedirektoratet (2013): God oversikt – en forutsetning for god folkehelse. En veileder til arbeidet med oversikt over helsetilstand og påvirkningsfaktorer, Publikasjon nummer IS-2110, Oslo: Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2014) Anbefalinger om kosthold, ernæring og fysisk aktivitet, 2014, Helsedirektoratet.

Helsetilsynet (2015): Med blikk for bedre folkehelse. Oppsummering av landsomfattande tilsyn i 2014 med arbeidet i kommunane med løpende oversikt over helsetilstanden til befolkninga og påverknadsfaktorar etter folkehelselova, Helsetilsynet-rapport 4/2015.

Higdem, U. (2011): «Medvirkning i regional planlegging: partnerskap versus deltakelse». I: Higdem, U., Lesjø, J.H., Pedersen, T.H., Selstad, T. og Teigen, H. (red.): Plan, region & politikk, s. 33-58. Oslo: Logografia.

Higdem, U. (2015): «Regional planlegging». I Aarsæther, N., E. Falleth, T. Nyseth og R. Kristiansen (2015): Utfordringer for norsk planlegging. Oslo: Cappelen Damm høyskoleforlaget.

Higdem, U. (2015): Assessing the impact of political partnerships on coordinated meta-governance of regional governance. Offentlig förvaltning. Scandinavian Journal of Public Administration 2015; Volum 19.(4) s. 89-109

Hofstad, H. (2011): 'Healthy Urban Planning: Ambitions, Practices and Prospects in a Norwegian Context', Planning Theory & Practice, 12:3, 387-406.

Hofstad, H. (2013): Håndtering av wicked problems i kommunal planlegging. Lokal oversettelse av målsettinger om bærekraftig utvikling og bedre folkehelse i ulike planleggingspraksiser. PhD-avhandling. Institutt for statsvitenskap. Oslo: Universitetet i Oslo.

Hofstad, H. og Hanssen, G.S. (2015) Samfunnsutviklerrollen til regionalt folkevalgt nivå: Videreutvikling av rollen gjennom partnerskapsbasert regional utvikling og planlegging. NIBR-rapport 2015:17. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Hofstad, H. (2015): 'Handling tensions in the 'everyday landscape': Moving beyond the development- conservation conflict?' Environment and Planning C: Government and Policy, vol 33, 358-375.

Hofstad, H. (2015, under publisering) The ambition of health in all policies in Norway: Status, challenges and future development. Oslo: Norwegian Institute for Urban and Regional Research.

- Hovik, S. og Hanssen, G.S. (2015) «The impact of network management on multi-level coordination», *Public Administration*, Vol. 93, No. 2, 506–523 (Online publication December 2014. doi: 10.1111/padm.12135)
- Howard, R. og Gunther, S. (2012): Health in All Policies: An EU literature review 2006-2011 and interview with key stakeholders, Equity Action, www.health-inequalities.
- Innjord, F.A. (red) (2010) Plan- og bygningsloven med kommentarer. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kommunal- og moderniseringsdepartementet (2015b): Kommunereformen – nye oppgaver til større kommuner, Meld.St. 14 (2014-2015)
- Møre og Romsdal fylkeskommune (2013): Fylkesplan for Møre og Romsdal 2013-2016.
- Møre og Romsdal fylkeskommune (2014): Regional delplan for folkehelse 2014-2017.
- Nilsen, J. K. og Langset, M. (2013): Fylkeskommunen som regional utviklingsaktør. Kommunenes og statens vurderinger. Oslo: NIVI Analyse a/s. (NIVI-rapport 2013:5)
- Nilsen, J. K. og Langset, M. (2015): *Statens regionale inndeling og kommunesektoren - konsekvenser for samhandling*. Oslo: NIVI Analyse a/s. (NIVI-rapport 2015:3)
- Nordregio (2005): En vurdering av fylkeskommunenes rolle som regional utviklingsaktør og partnerskapenes funksjon i den sammenheng. Stockholm: Nordregio (Nordregio Working Paper 2005:1)
- Norges offentlige utredninger (NOU) 1982:3 Maktutredningen. Sluttrapport. Oslo: Statens forvaltningstjeneste
- Norges offentlige utredninger (NOU) 1988:38 *Nye mål og retningslinjer for reformer i lokalforvaltningen*. Oslo: Kommunal- og arbeidsdepartementet
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2000:2 Behandlingsreiser til utlandet – Et offentlig ansvar? Oslo: Sosial- og helsedepartementet
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2001:7 Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven – Planlovutvalgets første delutredning. Oslo: Miljøverndepartementet
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2003:14 Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven II – Planlovutvalgets utredning med lovforslag. Oslo: Miljøverndepartementet
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2003:14 Bedre kommunal og regional planlegging etter plan- og bygningsloven II – Planlovutvalgets utredning med lovforslag. Oslo: Miljøverndepartementet
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2003:19 Makt og demokrati – Sluttrapport fra makt- og demokratiutredningen. Oslo: Arbeids- og administrasjonsdepartementet
- Norges offentlige utredninger (NOU) 2016:3 Ved et vendepunkt: Fra ressursøkonomi til kunnskapsøkonomi. Oslo: Finansdepartementet

- Ouff, S.M., R. Bergem, U. Aarflot, M. Hanche-Olsen, G.M. Vestby, H. Hofstad, M.K. Helgesen (2010): *Partnerskap for folkehelse og Helse i plan: Sluttrapport*. Volda: Møreforskning 2010. (Rapport nr. 7)
- Petticrew, M., Whitehead, M., Macintyre, S.J., Graham, H., Egan, M. (2004): 'Evidence for health policy inequalities: 1: The reality according to policymakers', *J Epidemiol Community Health*, 58: 811-816.
- Riksrevisjonen (2015): *Riksrevisjonens undersøkelse av offentlig folkehelsearbeid*, Dokument 3:11 (2014-2015).
- Ringholm, T., Aarsæther, N., Nygaard, V. og Selle, P. (2009) (skrevet av) «Kommunen som samfunnsutvikler. En undersøkelse av norske kommuners arbeid med lokal samfunnsutvikling». Rapport nr 8/2009, Norut Tromsø.
- Rydin, Y. (2007): 'Indicators as a governmental technology? The lessons of community-based sustainability indicator projects', *Environment and Planning D: Society and Space*, 25, 610-624.
- Røiseland, A., Hofstad, H. og Hanssen, G. S. (2015): 'Mission Impossible? The County as Regional Network Nodes'.
- Schmidt, L., Guttu, J. og Knutzon, L. (2011) *Medvirkning i planprosessen i Oslo kommune*. NIBR-rapport 2011:1. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.
- Sogn og Fjordane Fylkeskommune (2015): *Regional plan for folkehelse 2015-2025 – Saman for god helse og trivsel*.
- Sørensen, E. og Torfing, J. (2005): "The democratic Anchorage of governance networks", *Scandinavian Political Studies*, 28:3, 195-218.
- Vannregion Vest Viken (2014) *Forslag til Regional plan for vannforvaltning i vannregion Vest-Viken 2016-2021 sendes på høring i perioden 1. juli – 31. desember 2014*.
- Vestfold fylkeskommune (2011): *Regional plan - Folkehelse I Vestfold 2011-2014*.
- WHO 2013: *The Helsinki Statement on Health in All Policies, The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10-14 June 2013*.



MØREFORSKING

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